



RICHIESTA DI RIMBORSO PER VACCINO ANTIALLERGICO

Il/la sottoscritto/a _____ tel. _____
 Nato/a _____ il _____ Cod. Fisc. _____
 Residente a _____ C.A.P. _____ Via _____ n° _____

Chiede il rimborso delle spese sostenute per vaccino antiallergico:

- Per sé
- Per il minore _____ nato il _____ a _____
 ordinato alla Ditta _____ fatt. nr. _____ del _____

Si allega

- Certificato di specialista di struttura pubblica o convenzionata
- Originale di FATTURA IN CONTRASSEGNO
 FATTURA + BOLLETTINO DI PAGAMENTO

Il/la sottoscritto/a chiede che il rimborso della prestazione avvenga con le seguenti modalità:

- rimessa diretta presso il Tesoriere dell’Azienda USL di Piacenza –
- accredito in c/c bancario **intestato o cointestato al beneficiario**

IBAN	BBAN	CIN	A.B.I.	C.A.B.	N. Conto

Il sottoscritto dichiara **di non chiedere rimborso ad altro titolo**, e, consapevole delle sanzioni penali e civili nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamate dall’art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, segnala, sotto la propria responsabilità, che quanto sottoscritto corrisponde al vero. Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente ogni eventuale modifica a quanto sopra dichiarato.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati da lei forniti tramite questo modulo sono trattati dall’Azienda USL di Piacenza, in qualità di Titolare del trattamento, per la gestione della richiesta di rimborso.

Le informazioni generali sul trattamento dei dati personali, ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679, sono consultabili nella sezione Privacy del sito internet dell’Azienda USL di Piacenza www.ausl.pc.it.

Piacenza, _____

 (firma del richiedente)

Parte riservata all’AUSL di Piacenza

Si dispone l’erogazione di un concorso spese per l’importo di € _____
 corrispondente al totale da liquidare di cui alla fatt. n. _____ del _____
 della ditta _____

Il liquidatore

Il Responsabile dell’U. O.
