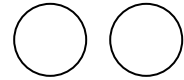




RICHIESTA RIMBORSO TARIFFA PRESTAZIONE LIBERO PROFESSIONALE

URP- Prot.n.



Il/La sottoscritto/a _____ sesso _____
Cod.Fisc.n. _____ nato/a _____ Stato/prov. _____
il _____ residente a _____ CAP _____ Via _____
Rec.tel. _____

per sé stesso

avendone diritto in qualità di:

erede legale.....

erede testamentario (indicare numero e data dell'atto).....

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000

D I C H I A R A

di agire anche in nome degli altri eredi di seguito indicati dai quali formalmente delegato (produrre delega e copia del documento di riconoscimento di ciascun erede indicato);

di agire in via disgiunta dagli altri eventuali eredi

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

CHIEDE

Il rimborso di € _____ versati il _____ presso:

➤ _____

relativo alla seguente prestazione libero professionale:

per il seguente motivo:

prestazione l.p. non effettuata per: disdetta in tempo utile motivi tecnici

Prestazione libero professionale eseguita in data _____ dal Dirigente medico/equipeDr.

tariffa dovuta per prestazione libero-professionale erogata € _____

importo versato per prestazione libero-professionale € _____

importo eventualmente non reso per prestazione libero-professionale € _____

errore di prenotazione : _____

errore di accettazione: _____

altro _____

si allega: ricevuta di pagamento

altro: _____

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

Accredito in c/c bancario **intestato o cointestato al beneficiario**

Codice Nazionale (2 lettere) IBAN	Check (2 cifre) BBAN	CIN (1 lettera)	A.B.I. (5 cifre)	C.A.B. (5 cifre)	N. Conto (12 caratteri)

Barrare con la x le caselle compilando i relativi campi

Rimessa diretta presso il Tesoriere dell'Azienda USL di Piacenza – Banca Intesa S. Paolo.

Il/La sottoscritto/a dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003 n° 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ (data)

_____ (firma del richiedente)



A norma dell'art. 38 comma 3 del DPR 445/2000, la presente istanza e/o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Io sottoscritto attesto che dichiarazione suesposta è stata resa in mia presenza dal dichiarante sopra generalizzato ed identificato/a mediante:

.....
(riportare estremo documento di riconoscimento in corso di validità)

rilasciato da: il...../...../.....

Piacenza lì

Il dichiarante

_____ (firma)

_____ (Firma del dipendente addetto)

La presente istanza e/o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà sottoscritta può altresì essere inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

N° progressivo _____

Parte riservata all' Azienda USL di Piacenza

Si dispone il rimborso per un importo pari a € _____

Al/Alla Sig./Sig.ra _____

In dettaglio:

Totale da liquidare € _____

Il Referente
