DOMANDA DI RIMBORSO / CONTRIBUTO PER TRASPORTI SANITARI

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ ( ) il _____

residente a _____ Tel. _____

Via _____n° _____

Erede in qualità di _____del sig/sig.a _____

Nato/ a il _____ deceduto/a il _____

- chiede la corresponsione del credito relativo al familiare defunto:

☐ rimborso spese di trasporto relative ① ② ③ ④ TRIM ANNO.....

☐ contributo spese generali sostenute da assistiti in **trattamento domiciliare**

- chiede che il versamento del contributo avvenga con le seguenti modalità:

☐ accredito in c/c bancario **intestato o cointestato al beneficiario**

Cod.Naz. 2 lettere IBAN		Check 2cifre BBAN		CIN 1 lett.	A.B.I. 5 cifre	C.A.B. 5 cifre	N. Conto 12 caratteri

☐ rimessa diretta presso il Tesoriere dell'Azienda USL di Piacenza –

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali e civili, derivanti da false attestazioni, segnala, sotto la propria responsabilità, che quanto sottoscritto corrisponde al vero e si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale modifica a quanto sopra dichiarato.nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

Piacenza _____ _____

(firma del richiedente)

✦✦✦