

Vaccino anti allergico per asma o per veleno di imenotteri: richiesta di rimborso

Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

CHIEDO

► il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto del vaccino anti allergico

ALLEGO

- le fatture originali con il timbro del saldo, n. _____ (specificare il numero delle fatture)

SCELGO DI

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

ricevere l'accredito sul conto corrente bancario o postale intestato a:

codice IBAN:

ricevere un assegno non trasferibile per posta (solo per importi fino a 1.000 euro) all'indirizzo
(specificare solo se diverso da quello già indicato)

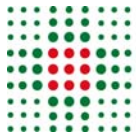
Via

Comune | CAP | Prov.

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data | firma (per esteso e leggibile)



TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo www.ausl.mo.it/informativaprivacy

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Come chiedere il rimborso

Può presentare la sua richiesta in 3 modi:

- di persona
- per posta elettronica ordinaria, all'indirizzo sportelloonline@pec.ausl.mo.it
- per Posta Elettronica Certificata (PEC), all'indirizzo sportelloonline@pec.ausl.mo.it

Ricordi che soltanto scrivere da un indirizzo PEC le garantisce la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio.

ATTENZIONE! Se delega un'altra persona a presentare la sua richiesta, deve ricordarsi di compilare anche il "Modulo di delega".

Deve sempre allegare **una copia di un suo documento di identità**, tranne nel caso in cui presenti la richiesta di persona agli uffici dell'Azienda USL di Modena o tramite la sua PEC personale.

SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL

Esaminata la documentazione allegata, si esprime parere

POSITIVO

NEGATIVO

per i seguenti motivi:

somma da liquidare di

euro

data

firma e timbro (*Il Referente amministrativo della procedura*)

data

firma e timbro (*Il Medico responsabile*)