



DISTRETTO:

CUP-PRESIDIO

RICHIESTA DI RIMBORSO PAGAMENTO PRESTAZIONE SANITARIO AMBULATORIALE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

NATO/A A (.....) IL / /

RESIDENTE A (.....) TEL.

CHIEDE IL RIMBORSO DI EURO RELATIVO ALLA RICEVUTA n°

DEL GIORNO / / PER PRESTAZIONE:

PER IL SEGUENTE MOTIVO

A TAL FINE ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE IN ORIGINALE:

- IMPEGNATIVA
- DISTINTA DI PRENOTAZIONE
- RICEVUTA FISCALE DI PAGAMENTO
- CERTIFICAZIONE COMPROVANTE L'IMPEDIMENTO
-
-

DATA PRESENTAZIONE DOMANDA:

IL DICHIARANTE

CODICE OPERATORE:

RICEVUTA PER L'UTENTE: DOMANDA CONSEGNA IL GIORNO

ALL'OPERATORE N°

TIMBRO ASL