



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**