

MODULO RICHIESTA RIMBORSO

Al Direttore del Distretto Sanitario n°...
Al Direttore medico del Presidio Ospedaliero
Al Direttore del dipartimento di salute mentale
Al Direttore del dipartimento di prevenzione

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ CAP _____
tel _____ e-mail _____

CHIEDE

il rimborso della somma di euro _____ versata per il
pagamento del ticket

sul proprio c/c e pertanto dichiara di essere il titolare del sotto indicato CODICE

IBAN _____

su c/c intestato a _____ titolare del CODICE

IBAN _____

Si allegano alla presente

- ricevuta di pagamento
- documento d'identità
- impegnativa del medico curante

- Ricevuta di disdetta (in caso di disdetta con le modalità precedenti)

IN FEDE

NAPOLI _____
