



**ASL Mediocampidano**

Azienda socio-sanitaria locale

## **RICHIESTA DI RIMBORSO PER VACCINO ANTIALLERGICO PER IMENOTTERI**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cod.Fisc \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Chiede il rimborso delle spese sostenute per vaccino antiallergico

Ditta \_\_\_\_\_

Fattura nr. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

Il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto del vaccino antiallergico

Allega

1. la fattura in originale del vaccino (dichiara di non chiedere rimborso ad altro titolo)
2. copia della ricevuta di quietanza a saldo della fattura di cui al punto 1
3. copia dell'avvenuta somministrazione del vaccino

Chiede altresì che il rimborso della spesa sostenuta avvenga secondo le seguenti modalità:

1. **Accredito bancario o postale codice IBAN:** \_\_\_\_\_

2. **QUIETANZA DIRETTA**

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

Firma \_\_\_\_\_

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – INFORMATIVA 196/2003 ART.13**

I dati da lei forniti sono utilizzati nel rispetto della normativa privacy, esclusivamente per l'istruttoria della sua richiesta e solo dagli operatori degli uffici competenti a ciò autorizzati. I dati sono trattati in forma cartacea e/o informatizzata e conservati per il tempo previsto dalle norme in materia.