ASLMediocampidano
Azienda socio-sanitaria locale

Medicina Specialistica
Asl Medio Campidano

NULLA OSTA AL RIMBORSO

IL SOTTOSCRITTO:

COGNOME: _____ **NOME:** _____

Dirigente Medico del servizio della Medicina di Base del distretto di _____

DICHIARA

Che il/la sig/sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____ **SI E' PRESENTATO/A** presso l'ambulatorio di _____ per eseguire la visita specialistica _____

SI RICHIEDE

Il rimborso della prestazione per il seguente motivo:

_____

SI RILASCIA PERTANTO NULLA OSTA AL RIMBORSO PER EURO _____

Luogo e data, _____

TIMBRO
ATS

Firma _____