

OGGETTO: Richiesta di rimborso

Al Direttore Generale
A.S.L. n. 8
CAGLIARI

__l__ sottoscritt__ _____ nat__ a _____
il _____, C.F. _____ residente a
_____ in via _____, tel. _____

CHIEDE

Il rimborso

per prestazione non eseguita

per versamento non dovuto per _____

della somma di € _____ (_____), effettuato in favore della ASL 8 di Cagliari.

Tale rimborso dovrà essere effettuato secondo le modalità sotto indicate:

quietanza presso un qualunque sportello Banco di Sardegna;

assegno circolare intestato al sottoscritto (con spese di spedizione pari a € 5,80 a carico del beneficiario);

accredito sul conto corrente bancario / postale intestato al sottoscritto presso la Banca

_____ Codice IBAN _____
(con spese bancarie pari a € 2,58 a carico del beneficiario)

A tal fine si allega alla presente:

- fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- ricevuta originale del versamento effettuato con attestazione di prestazione non effettuata o di pagamento non dovuto apposta dalla Unità Operativa della ASL 8 interessata.

Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Cagliari, _____
