

RACCOMANDATA A.R.

Al Direttore Generale dell'Azienda USL di Teramo
c.a. Coord.to Assistenza Sanitaria Territoriale
Uff. Assist. Integr. Vaccini Imenotteri
Circonvallazione Ragusa n. 1
64100 – Teramo

Oggetto: Vaccino antiallergico per veleno di imenotteri - Richiesta rimborso.

Il/La sottoscritto/a
nato/a a(.....) il e residente in
.....(.....) Via.....
n. Tel. Cell. e-mail@.....;

consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e accertati dall'Azienda U.S.L. in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

Dichiara

Di aver saldato la fattura sottospecificata:

- in contanti alla consegna (contrassegno)
- altro

DITTA	N° Fattura	data Fattura	Importo
.....	__/__/____	____,____

..... li,

_____ firma (per esteso e leggibile)

All. Copia documento di riconoscimento