



**AUSL 4
TERAMO**

Il meglio è nel tuo territorio

Direttore SIAN
Dott. Francesco Di Gialleonardo
Tel. 0861 420567

pec: sian@pec.asiteramo.it

**Dipartimento di Prevenzione
S.I.A.N.
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione**

RICHIESTA DI RIMBORSO PAGAMENTO PRESTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a nato/a a

il residente a via

domicilio

telefono e-mail/pec

codice fiscale

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000,

IN QUALITÀ DI

(barrare la voce che interessa; specificare i dati della persona/ditta per la quale si chiede il rimborso se diversa dal sottoscrittore)

- 1) Diretto/a interessato/a
- 2) esercente la **potestà genitoriale** sul/sulla minore
- 3) esercente la **tutela** su
- 4) esercente l'**amministrazione di sostegno** su
- 5) Altro

CHIEDE IL RIMBORSO:

di € (in lettere) versati alla ASL di Teramo –

Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.) – C. da Casalena 64100 Teramo tramite

bonifico bancario bollettino postale altro in data

PER LA SEGUENTE MOTIVAZIONE

- Numero di conto corrente errato
- Versamento non dovuto perché la prestazione richiesta viene erogata da altro servizio
- Prestazione non erogata per volontà dell'utente e disdettata
- Errore di determinazione dell'importo in relazione alla prestazione erogata:
Prestazione.....Costo prestazione
- Importo pagato Importo da rimborsare
- Altro

