



AL DIRETTORE DEL DISTRETTO DSS1

Via Dalmazia 3
72100 Brindisi

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE VACCINOTERAPIA
AI SENSI della L.R. 14/2004, art.22**

Il/ La sottoscritto/a _____

nato/a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) CAP _____

in via/piazza _____ n. _____

tel. _____ Codice Fiscale _____

in qualita' di Padre Madre di _____

consapevole delle responsabilità di carattere civile e penale derivanti da affermazioni inesatte o non vere ai sensi del D.P.R 28.12.2000 n. 445 e s.m.i.,

dichiara

di essere componente di nucleo familiare con reddito lordo non superiore a **€ 20.000 annui**, relativamente all'anno fiscale di riferimento, dichiara inoltre di non aver ricevuto da altri soggetti contributi o rimborsi per detta spesa.

Allega alla presente:

- fattura N° _____ del: _____
- fattura N° _____ del: _____
- certificazione medica specialistica, di struttura pubblica in corso di validità con dichiarazione di necessità ed insostituibilità della terapia, rilasciato da medico di struttura pubblica.
- certificazione medica specialistica
- certificato medico rilasciato dal medico specialista e/o di medicina generale attestante l'avvenuta somministrazione del vaccino.
- fotocopia del documento di identità

CHIEDE

Il rimborso della spesa di euro.....sostenuta per la vaccinoterapia , precisando che il Il rimborso potrà essere erogato a mezzo:

- Bonifico bancario Iban: _____
- assegno

Il sottoscritto autorizza, infine, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 l'ASL BR al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e formati successivamente per i quali la richiesta viene resa.

Con osservanza

Data _____

(firma) _____