ASL Foggia
PugliaSalute

RICHIESTA RIMBORSO SPESE AI SENSI DELL'ART. 22 L.R. 04.08.2024 N° 14

Il/la sottoscritto/a _____, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dart. 76 del Testo Unico di cui al DPR 28/12/2000 N.445 in caso di dichiarazione mendace e falsa attestazione,

DICHIARA

Di essere nato/a a _____ (_____) il _____/_____/_____, e residente a _____, (____) in Via/p.zza _____, n. _____, avente il cod. fisc. _____, tel. _____/_____;

① PER SE
BARRARE LA VOCE DI INTERESSE

②PER IL MINORE, IN QUALITA' DI _____
SPECIFICARE IL GRADO DI PARENTELA

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ (____) il ____/ ____/_____ residente a _____
via/p.zza _____ n° _____, cod. fisc. _____;

Si allega:
Fotocopia datata e firmata del documento di identità e tessere sanitarie del dichiarante e minore;
Documentazione comprovante la spesa sostenuta;
Certificazione medico specialistico attestante la necessità insostituibile della vaccinoterapia.
Lo scrivente, consapevole delle responsabilità civili e penali e quanto previsto dal DPR 445/2000, derivanti da dichiarazioni false e mendaci,

DICHIARA

- Che il richiedente/destinatario è componente di nucleo familiare con reddito annuo non superiore a 20.000(ventimila euro);
- Di non detrarre dalla dichiarazione dei redditi il seguente rimborso.

L'istanza autorizza Codesta Direzione ad accreditare la richiedente somma sul seguente e proprio codice IBAN:

Nonché all'utilizzo dei dati personali, ai sensi e per effetto del codice in materia di protezione dei dati personali, D. L.GVO N° 196/2003

San Severo _____/ _____/ _____

Firma del Richiedente

_____

Firma per aver ricevuto copia protocollata

_____