

Modello H/2

Sede _____

DICHIARAZIONE RISTAMPA BOLLETTA

Il/La sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

Dichiaro di non essere più in possesso degli originali delle ricevute rilasciate dallo Sportello Unico per il pagamento delle seguenti prestazioni sanitarie:

effettuate presso la struttura _____

in data _____

CHIEDO PERTANTO IL DUPLICATO

Data _____

Firma _____