



MODELLO H

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' AL FINE DI RICHIESTA DI RIMBORSO
PER TICKET PAGATO E NON DOVUTO

Il/La sottoscritto/a _____ (genitore di) _____
(solo nel caso in cui la prestazione sia stata erogata ad un minore)

Nato/a a _____ (□□), il □□/□□/□□□□

Residente a _____ (□□) via _____ N. Civico _____

CAP □□□□□ telefono _____ e-mail _____

C.F. □□□□□□□□□□□□□□□□

Documento di riconoscimento: _____ n. _____

Consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, così come stabilito dall'art. 76 del DPR 445/00 e che decadono i benefici ottenuti sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA'

Di richiedere il rimborso del ticket pagato per la prestazione _____
(Campo obbligatorio)

Prenotata per il giorno _____ presso la sede _____ per i seguenti motivi:

- non ho eseguito la prestazione per il seguente motivo _____
- ticket non dovuto per errata prenotazione dal parte del cup/farmacia
- altro

Allego ricevuta originale di pagamento

Chiedo che il rimborso avvenga su c/c bancario, senza addebito di alcuna competenza alle seguenti coordinate:

IBAN IT - □□ □ □□□□□ □□□□□□
□□□□□□□□□□□□□□

Nel caso in cui NON si richieda il rimborso tramite accredito su c/c bancario l'utente dovrà attendere l'arrivo di una comunicazione della banca e recarsi presso qualsiasi filiale di Intesa San Paolo presente sul territorio provinciale munito di tale comunicazione, codice fiscale e documento di riconoscimento valido accedendo così al ritiro della somma rimborsata.

ATTENZIONE: Qualora le coordinate bancarie indicate siano incomplete o errate non si procederà al rimborso bancario

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali ai soli fini della presente istanza ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Firma del richiedente _____ Luogo _____, data _____