

## Modello H

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

II/La sottoscritto/a	(direttointeressato/delegante)
Nato/a a il C. F	
Residente a ( ) via	N
Documento di riconoscimento	
Consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli a del codice penale e delle leggi speciali in materia, così con che decadono i benefici ottenuti sulla base delle dichiarazione	ne stabilito dall'art. 76 del DPR 445/00 e
DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONA	ALE RESPONSABILITA'
O di non avere usufruito della prestazione Per i seguenti motivi	
O ticket non dovuto per errata prenotazione da parte del C	CUP/FARMACIA
O di essere esente per :	
☐ <b>PATOLOGIA</b> (l'esenzione va certificata dal non sia stata preventivamente	Medico che ha erogato la prestazione qualora e certificata dal Medico di Medicina Generale)
☐ <b>INVALIDITA'</b> ( allegare attestato di esenzio	one totale)
O di essere esente per motivi legati al reddito (allegare A	utocertificazione )
Pertanto chiedo il rimbo Allego:	erso del ticket pagato
2 ricevute originali O (in caso di rimborso totale)	
1 ricevuta originale O (in caso di rimborso parziale)	
Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati persor sensi del D.Lgs. 196/2003. Luogo e dataFIR	nali ai soli fini della presente istanza ai MA
O Chiedo che il rimborso avvenga su c.c. bancario n.	
BancaCodice AE	BICodice CAB
	MA
FIRMA DELL'OPERATORE SPORT	TELLO