



ALL'AZIENDA USL DI IMOLA

Io sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ residente in _____
via _____ tel. _____

CHIEDO

IL RIMBORSO DELLA SPESA SOSTENUTA PER ACCEDERE CON TRASPORTO SANITARIO
ALLE PRESTAZIONI SANITARIE, CUI HO DOVUTO FAR RICORSO PER ME MEDESIMO O
PER IL FAMILIARE _____, MEDIANTE:

QUIETANZA DIRETTA PRESSO LA TESORERIA - BANCA POPOLARE SOCIETA' COOP.;

ACCREDITAMENTO SUL C/C BANCARIO CON LE SEGUENTI COORDINATE IBAN:

PAESE	C.D.	CIN	ABI	CAB	CONTO
_	_	_	_ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _

_____, li _____ Il dichiarante _____
(luogo e data) (firma per esteso e leggibile)

.....
La sottoscrizione della dichiarazione/istanza è stata apposta in mia presenza
dall'interessato identificato mediante _____ n. _____
rilasciato da _____ in data _____ .

_____, li _____ Il dipendente addetto _____

.....
*Qualora la dichiarazione/istanza non possa essere sottoscritta dall'interessato in presenza
del dipendente addetto a riceverla, la dichiarazione/istanza dovrà essere sottoscritta e presentata
unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.*