

Azienda U.S.L. ROMA B
Al Direttore del ___ Distretto
Via _____
CAP _____ ROMA

Il/La sottoscritto _____ nato a _____
il _____, residente a Roma in Via _____ N. _____
CAP _____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

il rimborso delle spese sostenute per Terapia Radiante a _____ grado di
parentela _____ residenza _____ effettuate presso
_____ dal _____ al _____ per un importo
complessivo pari a € _____.

Allega alla presente:

- Fattura N. _____ del _____ per € _____ in originale;
- Fattura N. _____ del _____ per € _____ in originale;
- Fattura N. _____ del _____ per € _____ in originale;
- Distinta delle prestazioni sanitarie effettuate;
- Fotocopia del documento di riconoscimento;

Il sottoscritto chiede che il rimborso spettante venga:

- Quietanza in tesoreria
- Inviato al proprio domicilio con assegno non trasferibile;
- Accreditato su C/C intestato a _____
Codice IBAN _____.

ROMA _____

Firma
