



**AUSL 4  
TERAMO**

il meglio è nel tuo territorio

REGIONE ABRUZZO  
Azienda Unità sanitaria Locale – Teramo  
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
**SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE**  
C.da Casalena – 64100 Teramo  
Pec: [sian@pec.aslteramo.it](mailto:sian@pec.aslteramo.it)

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a .....

il ..... residente a ..... via .....

domicilio .....

telefono ..... e-mail/pec .....

codice fiscale .....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000,

#### IN QUALITÀ DI

(barrare la voce che interessa; specificare i dati della persona/ditta per la quale si chiede il rimborso se diversa dal sottoscrittore)

- 1) Diretto/a interessato/a
- 2) esercente la **potestà genitoriale** sul/sulla minore .....
- 3) esercente la **tutela** su .....
- 4) esercente l'**amministrazione di sostegno** su .....
- 5) Altro .....

#### CHIEDE IL RIMBORSO:

di € ..... (in lettere) ..... versati alla ASL di Teramo –

**Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.)** – C. da Casalena 64100 Teramo tramite

☐ bonifico bancario   ☐ bollettino postale   ☐ altro   in data .....

#### PER LA SEGUENTE MOTIVAZIONE

- ☐ Numero di conto corrente errato
- ☐ Versamento non dovuto perché la prestazione richiesta viene erogata da altro servizio
- ☐ Prestazione non erogata per volontà dell'utente e disdettata
- ☐ Errore di determinazione dell'importo in relazione alla prestazione erogata:  
Prestazione ..... Costo prestazione .....
- Importo pagato ..... Importo da rimborsare .....
- ☐ Altro .....

## CHIEDE DI RICEVERE IL RIMBORSO

Tramite accredito su conto corrente bancario o postale

Intestatario del conto corrente

Cognome ..... Nome .....

.....  
(N.B. nel caso in cui l'intestatario del conto sia diverso rispetto all'avente diritto al rimborso o dal richiedente, la sottoscrizione del presente modulo costituisce espressa delega all'incasso delle somme indicate)

IBAN (27 caratteri obbligatori)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Importo .....

### ALLEGA:

- ✓ Fotocopia documento di riconoscimento del richiedente il rimborso
- ✓ Ricevuta originale del bollettino attestante il pagamento effettuato.
- ✓ Nel caso in cui la domanda di rimborso sia presentata da persona diversa dall'interessato, è necessario presentare anche la delega del titolare e un suo valido documento di riconoscimento.

Data .....

Firma .....

Il sottoscritto dichiara di essere informato che i dati personali forniti saranno trattati ai sensi e per gli effetti dell'Art. 13 del Reg. UE 2016/679 e di aver preso visione dell'informativa Generale sul Trattamento dei dati personali pubblicata sul sito web della ASL di Teramo e disponibile presso il Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione.

Data .....

Firma .....

### PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Il Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.) della AUSL di Teramo, valutata la richiesta e la documentazione prodotta, inoltra l'istanza all'Ufficio competente per il seguito di competenza, **autorizzando** il rimborso di Euro ..... secondo le modalità indicate dal Richiedente.

Data .....

Il Direttore Medico SIAN f.f.  
Dott. Francesco Di Galleonardo