



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

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 veritieri, 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)

Table 1. Summary of the main characteristics of the four groups of patients.

ALLEGATI:

- ✓ 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