



**A.S.L. NO**

Azienda Sanitaria Locale  
di Novara  
P.IVA 01522670031

Sede Legale: viale Roma, 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

**- Modulo richiesta rimborso pagamento non dovuto -**

Io Sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono: fisso \_\_\_\_\_ mobile \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**DICHIARO DI ESSERE** (selezionare la sezione interessata)

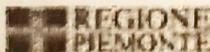
- IL DIRETTO INTERESSATO**
- IL GENITORE** (con la potestà legale) **DEL MINORE** \_\_\_\_\_  
NATO A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_
- IL TUTORE / CURATORE / AMM. DI SOSTEGNO DI** \_\_\_\_\_  
NATO A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

**RICHIEDO**

il rimborso del seguente pagamento per prestazione di euro \_\_\_\_\_

per le motivazioni indicate di seguito:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



[www.regione.piemonte.it/sanita](http://www.regione.piemonte.it/sanita)



**A.S.L. NO**

Azienda Sanitaria Locale  
di Novara  
P.IVA 01522670031

Sede Legale: viale Roma, 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

**CHIEDO L'ACCREDITO SUL C/C AVENTE IL SEGUENTE CODICE**

IBAN: IT \_\_\_\_\_

intestato a: \_\_\_\_\_

Il richiedente si impegna a non far valere le somme versate, oggetto della presente richiesta di rimborso, ai fini delle detrazioni fiscali in quanto le ricevute non sono più valide.

Il rimborso, se dovuto, non potrà essere effettuato fino a quando eventuali pregresse posizioni debitorie nei confronti dell'Azienda non saranno state sanate.

L'amministrazione procederà al rimborso, se dovuto, entro 30 giorni dalla ricezione della presente istanza.

Novara, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- documento d'identità
- quietanza pagamento
- prenotazione
- attestazione di "NON ESEGUITO" da parte del servizio/ambulatorio/reparto (in caso di prestazione non eseguita) con timbro, firma e motivazione
- Eventuale altra documentazione utile

**IL MODULO PUO' ESSERE CONSEGNATO**

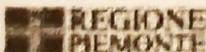
- con e-mail all'indirizzo e-mail: [protocollo.nov@asl.novara.it](mailto:protocollo.nov@asl.novara.it)
- con PEC all'indirizzo: [protocollogenerale@pec.asl.novara.it](mailto:protocollogenerale@pec.asl.novara.it)
- tramite posta ordinaria all'indirizzo: ASL NO – Viale Roma 7 – 28100 NOVARA
- a mano presso gli sportelli dell'ASL NO

-----  
**PARTE RISERVATA ALL'AMMINISTRAZIONE**

**SI AUTORIZZA IL RIMBORSO**

**DIPENDENTE CHE EFFETTUA VERIFICA**

**RESPONSABILE COMPETENTE PROCEDIMENTO**



[www.regione.piemonte.it/sanita](http://www.regione.piemonte.it/sanita)