



**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)

## DOMANDA DI RIMBORSO PER RIESAME PRATICA

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 (esercitante la potestà) SUL MINORE** \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

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

■ **IL TUTORE / CURATORE / AMM. DI SOSTEGNO DI** \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

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

## CHIEDE

Il rimborso del seguente pagamento per prestazioni di euro \_\_\_\_\_

pratica n. \* \_\_\_\_\_

per le motivazioni indicate di seguito:

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

*\* indicare il numero pratica in alto a sx presente nel fogli di avviso PagoPA della rata di cui si richiede il rimborso*



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

**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)

L'ACCREDITO DOVRA' ESSERE ESEGUITO SUL C/C AVENTE IL SEGUENTE CODICE IBAN:

IT \_\_\_\_\_ (27 caratteri alfanumerici)

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.

L'Amministrazione provvederà al rimborso, qualora dovuto, entro 30 giorni dalla ricezione della presente istanza. Decorso inutilmente tale termine, l'istanza si intenderà accolta ai sensi dell'articolo 20 della Legge 241/1990.

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

Firma \_\_\_\_\_

#### DOCUMENTI DA ALLEGARE

- documento d'identità
- quietanza pagamento
- eventuale altra documentazione utile

#### IL MODULO PUO' ESSERE CONSEGNATO

- con e-mail all'indirizzo: [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 CUP dell'ASL NO

#### SONO CONSAPEVOLE CHE

Le false dichiarazioni, a falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (DPR 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'amministrazione effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile del dichiarante \_\_\_\_\_



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



**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)

---

**PARTE RISERVATA ALL'AMMINISTRAZIONE**  
**ESITO VALUTAZIONE DELL'ISTANZA**

Esaminata la documentazione allegata si esprime parere:

☐ positivo

☐ negativo

Somma da liquidare di euro \_\_\_\_\_

**SI AUTORIZZA IL RIMBORSO**

**DIPENDENTE CHE EFFETTUA VERIFICA**

**RESPONSABILE COMPETENTE PROCEDIMENTO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR) e del D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii., i dati personali forniti saranno trattati nel rispetto della normativa vigente e della massima riservatezza.*



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