



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

- 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 _____

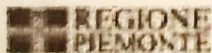
DICHIARO DI ESSERE (selezionare la sezione interessata)

- 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



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

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

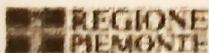
- con e-mail all'indirizzo e-mail: protocollo.nov@asl.novara.it
- con PEC all'indirizzo: protocollogenerale@pec.asl.novara.it
- tramite posta ordinaria all'indirizzo: ASL NO – Viale Roma 7 – 28100 NOVARA
- a mano presso gli sportelli dell'ASL NO

PARTE RISERVATA ALL'AMMINISTRAZIONE

SI AUTORIZZA IL RIMBORSO

DIPENDENTE CHE EFFETTUA VERIFICA

RESPONSABILE COMPETENTE PROCEDIMENTO



www.regione.piemonte.it/sanita