



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA**

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Istituto Ortopedico Rizzoli
Sede legale Via Di Barbiano, 1/10 - 40136 Bologna
Ospedale Via G. C. Pupilli, 1 - 40136 Bologna
Centro di Ricerca Via Di Barbiano, 1/10 - 40136 Bologna
Tel. 051/6366111 - Fax 051/580453 www.ior.it
Codice Fiscale e Partita IVA 00302030374

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'

Consapevole delle responsabilità penali, amministrative e civili a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'Art.76 del DPR 28/12/2000 n.445

Cognome _____ Nome _____

Nata/o il _____ tel./cellulare _____

L'istanza è presentata da

diretto interessato

altra persona in qualità di _____

CHIEDO

il rimborso del pagamento effettuato

l'erogazione del resto non fornito/ritirato dal riscuotitore automatico

per la/le prestazione/i _____ fissata in data _____

per il/la paziente _____

con ricevuta di pagamento N° _____ del _____

per la seguente motivazione:

CHIEDO di ricevere l'accredito sul conto corrente bancario o postale intestato a:

Cognome _____ Nome _____ CF _____

Codice IBAN:

	2 num	CIN (1 lettera)	ABI (5 campi numerici)	CAB (5 campi numerici)	Numero di conto corrente (12 campi alfanumerici)
IT	□□	□	□□□□□	□□□□□	□□□□□□□□□□□□

Somma da rimborsare: Euro _____

Allego:

copia della ricevuta di pagamento della prestazione

copia della ricevuta emessa dal riscuotitore automatico attestante il mancato resto

copia della busta relativa al contrassegno con l'indicazione dell'importo pagato per errore

modulo di delega firmato e copia del documento di riconoscimento del paziente, nel caso di dichiarante e di intestatario del conto corrente diversi dal paziente

NOTE: _____

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003 si informa che i dati personali saranno trattati nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma del Dichiarante

Preso in carico richiesta di rimborso IOR _____

RIMBORSO ISES

RIMBORSO RUDI