

**All'Azienda Sanitaria Provinciale  
di Agrigento  
Al Servizio CUP Aziendale**

Il sottoscritto.....

Nato a ..... il .....

Residente a..... Via .....

Codice Fiscale ..... N. di telefono .....

\* Assistito minorenne o inabile

Nome.....Cognome.....CF.....

Chiede il rimborso .....

.....

.....

.....

.....

Si allega:

- Copia Documento d'Identità e Tessera Sanitaria (Assistito minorenne o inabile si allegano documenti del Genitore / Tutore)

- Giustificazione da parte della struttura (Specialista o Operatore);

- Ricetta in originale;

- Ricevuta di pagamento;

- IBAN .....

Qualora l'IBAN indicato non fosse intestato all'utente, è necessario allegare copia documento d'identità dell'intestatario e indicarne le generalità:

Nome.....Cognome.....CF.....

( ) *Consenso al trattamento dei dati personali (art. 7 Reg. UE n. 679/2016 e D.Lgs. n. 101/20218)*

Data e Luogo

Firma del Richiedente

.....

.....