

## Richiesta di rimborso per anomalie riscuotitore

Il sottoscritto/a

nato/a il	a	Stato di nascita
Codice fiscale		
Residente a	via	
Telefono	mail	

### in qualità di

diretto interessato

genitore / esercente responsabilità genitoriale del minore \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

tutore/curatore/amministratore di sostegno di \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

erede/coerede (in nome e per conto di tutti gli eredi) di \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
deceduto il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

### CHIEDE IL RIMBORSO

per mancato resto di € \_\_\_\_\_

Si allega la ricevuta rilasciata dal riscuotitore automatico.

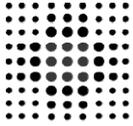
Non si allega ricevuta poiché non rilasciata dal riscuotitore automatico n. \_\_\_\_\_

il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

per banconota inceppata di € \_\_\_\_\_

Non si allega ricevuta poiché non rilasciata dal riscuotitore automatico n. \_\_\_\_\_

il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_



**Modalità di riscossione del rimborso**

con accredito in c/c bancario: Banca \_\_\_\_\_

IBAN

SIGLA NAZION.	CIN EUR.	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE

ritiro presso tesoreria (Sportelli Banca Intesa San Paolo)

E' necessaria la seguente delega se l'intestatario del conto è diverso dal diretto interessato del rimborso

Delego (cognome e nome) \_\_\_\_\_ al ritiro della quota rimborso  
(allegare copia del documento di identità del delegato e delegante)

**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'azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

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

**Spazio riservato all'Azienda USL**

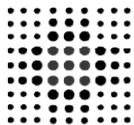
Cittadino riconosciuto attraverso documento \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Nome e cognome dell'operatore che ha ritirato l'istanza \_\_\_\_\_

Sportello di \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_



**spazio riservato all'Azienda USL  
esito valutazione dell'istanza**

esaminata la documentazione allegata si esprime parere

positivo

negativo

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

Data \_\_\_\_\_

Firma responsabile procedimento \_\_\_\_\_