

IL sottoscritto _____ Nata a _____
_____ (prov ____) il _____ Residente a _____
Via _____ n.c. _____ Telefono _____

CodiceFiscale N° _____

Chiede il rimborso

Per se stesso/a

Per il proprio figlio/a minorenni nome e cognome _____

della prestazione di _____ pagata e non
effettuata per :

1. volontà dell'utente previa disdetta effettuata almeno 48 ore prima
2. Impedimento oggettivo dell'utente
3. Per motivi organizzativi dell'Azienda
4. per errata informazione del servizio

A tal fine allega

Originale della ricevuta di versamento

Attestazione mancata esecuzione della prestazione a cura del servizio erogante.

Certificato Medico (casi di impedimento personale)

CC Bancario o Postale N° _____ (con costo 5 euro)

assegno bancario spedito direttamente a casa del richiedente con costo a carico ritiro

somma alla banca (BNL) tesoreria ASP(senza tassazione)

luogo e data _____

Il sottoscritto

Ricevuto da _____ timbro e firma _____

Modello Attestazione

A cura del servizio erogante

SERVIZIO di _____

Il sottoscritto _____ in qualità di _____
del servizio /ufficio _____ Sede di _____

Dichiara che il sign. _____ non ha ricevuto la prestazione

per il seguente motivo

Avente diritto senza costi (es vaccinazione garantita, esenzione esibita)

Assenza del personale

Cause organizzative

Luogo e data

Timbro e firma
