



## - Modulo richiesta rimborso Ticket -

### Il Sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono: fisso \_\_\_\_\_ mobile \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### RICHIEDE

il rimborso del seguente ticket di € \_\_\_\_\_

per le motivazioni indicate di seguito:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IBAN: IT \_\_\_\_\_

intestato a: \_\_\_\_\_

Novara, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### Si allega documentazione:

- Documento d'identità
- Quietanza
- Prenotazione

Visto autorizzazione Responsabile Amm.vo D.S.P.O.

\_\_\_\_\_

La documentazione richiesta e il presente modulo devono essere consegnati presso la Segreteria della Direzione Sanitaria dei Presidi Ospedalieri con orario 08.30–12.30 oppure inviata via mail all'indirizzo: [segre.ds@maggioreosp.novara.it](mailto:segre.ds@maggioreosp.novara.it)