

**AO AL**Azienda Ospedaliera
di **ALESSANDRIA**
Santi Antonio e Biagio
e Cesare ArrigoVia Venezia, 16 – 15121 ALESSANDRIA
Tel. 0131 206111 – www.ospedale.al.it
info@ospedale.al.it

asolessandria@pec.ospedale.al.it (solo certificata)

C.F. – P.I. 01640560064

RIMBORSO DEPOSITO CAUZIONALE CARTELLA CLINICA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome _____ nome _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente in via _____ a _____,

recapito telefonico _____ con riferimento alla richiesta di rilascio copia cartella clinica

CHIEDE IL RIMBORSO dell'importo di €. _____ versato in data _____

Motivazione (specificare): _____

ed all'uopo allega la ricevuta (in originale) dell'avvenuto pagamento

Alessandria, _____

firma del richiedente

CHIEDE che il rimborso richiesto, a favore del sottoscritto, avvenga:

- in contanti presso qualsiasi sportello dell'Istituto Tesoriere;
- a mezzo bonifico bancario, con spese a proprio carico di € 1,50 per importi superiori a € 150,00, al seguente conto corrente:

ISTITUTO BANCARIO _____

codice IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PRENDE ATTO che il rimborso avverrà entro 60 giorni dalla richiesta.

Alessandria, _____

firma del richiedente

S.S. COORDINAMENTO FUNZIONI AMMINISTRATIVE DEI PP.OO. E LIBERA PROFESSIONE

Valutate le motivazioni suesposte e la documentazione allegata, si dispone il rimborso richiesto

Alessandria, _____

il Responsabile S.S. C.F.A.-L.P.
dr.ssa Patrizia Negri
