

All'U.S.L. 3 "Genovese"
Unità Operativa Bilancio e Contabilità
Via Bertani, 4 - 16125 - Genova

OGGETTO: RICHIESTA DI RIMBORSO DI €: _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____

il _____, residente in _____, Via _____,

n. _____ chiedo la restituzione di € _____ versate il ____/____/____:

- sul c/c postale n° _____ intestato a codesta Unità Sanitaria Locale come da bollettino di versamento n° _____ rilasciato dalla succursale n° _____ dell'Amministrazione postale di _____ **come risulta dagli originali della ricevuta e dell'attestazione che allego alla presente (*)**
- c/o l'agenzia n° _____ della BANCA CARIGE **come da ricevute bancarie originali allegate alla presente (**)**

MOTIVAZIONE RICHIESTA DI RIMBORSO: _____

Chiedo che la somma in oggetto mi venga restituita a mezzo assegno circolare non trasferibile da spedire all'indirizzo sotto precisato:

Genova, _____

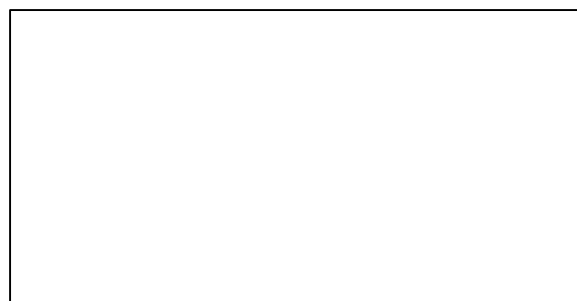
(Firma)

(cognome nome)

(Indirizzo)

(CAP) (Città)

(Telefono)



SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO COMPETENTE
PER LA CONVALIDA DEL RIMBORSO

(*) N.B. Allegare al presente modulo entrambe le parti del bollettino di CCP rilasciate al momento del pagamento.
(**) N.B. Allegare entrambe le ricevute rilasciate dall'Agenzia Bancaria.