

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a a.....in data.....
codice fiscalecodice assistito.....
residente in via..... n°
n° telefono n° cellulare.....
indirizzo e-mail

CHIEDE

per se stesso
 in qualità di
(genitore, amministratore di sostegno, o altro soggetto formalmente delegato)

Per conto di:

Cognome e nome.....
nato/a a..... in data.....
codice fiscale codice assistito
residente in via..... n°

il rimborso delle spese di € sostenute per prestazioni sanitarie cui ha dovuto far ricorso per:

per se stesso
 il familiare
(cognome nome e relazione di parentela)

Nato il

come dai sotto elencati documenti allegati **in originale**:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

