



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

RICHIESTA DI RIMBORSO DI VISITA OCCASIONALE

Il/la sottoscritto/a, nato/a a il
....., residente in, via,
Codice fiscale

C H I E D E

o per sé

o per il minore, nato il, residente in

Codice Fiscale.....

il rimborso delle spese previsto dalla normativa regionale per le visite occasionali, allegando la documentazione fiscale probatoria. A tal fine

D I C H I A R A

ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. 445/00

o di essersi trovato eccezionalmente al di fuori del Comune di residenza e di essere ricorso alle cure del medico di assistenza primaria / pediatra di libera scelta per necessità mediche inderogabili
o che il proprio nucleo familiare è così composto *(solo per assistiti ultrasessantacinquenni)*:

.....
(coniuge) (data e luogo di nascita) (cod. fiscale)

.....
(figlio) (data e luogo di nascita) (cod. fiscale)

o che nell'anno il reddito complessivo del nucleo familiare è stato inferiore a Euro
.....*(solo per assistiti ultrasessantacinquenni)*
o di essere invalido in misura non inferiore al 67%

Firma data

L'A.S.L. TO4 SI RISERVA DI VERIFICARE LA VERIDICITA' DELLE SUINDICATE DICHIARAZIONI ED AMMONISCE IL DICHIARANTE CHE, IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, INCORRERA' NELLE SANZIONI PREVISTE DALLA LEGGE E NELLA DECADENZA DAI BENEFICI CONSEGUITI IN BASE ALLE STESSE.

La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, oppure sottoscritta e inviata unitamente alla fotocopia del documento di identità (art. 38 del D.P.R. 445/00).

Informativa ai sensi del D.Lgs.196/03: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.



**REGIONE
PIEMONTE**

www.regione.piemonte.it/sanita