

**RICHIESTA RIMBORSO CONTRIBUTO ISCRIZIONE VOLONTARIA AL S.S.R.**

ANNO

**Al Direttore Generale  
Azienda USL Toscana Nord Ovest  
Via Cocchi 7/9 - 56121 PISA  
Att.ne Ufficio Anagrafe  
direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) cap. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel./cell. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

mail per comunicazioni \_\_\_\_\_

**presenta domanda di rimborso di € \_\_\_\_\_ importo in lettere \_\_\_\_\_**

per il seguente motivo \_\_\_\_\_

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE: bollettino postale , copia permesso di soggiorno, copia documento di identità; copia dei documenti giustificativi del rimborso( esempio S1, contratto di lavoro, ecc)

## MODALITÀ DI RIMBORSO

**versamento su conto corrente bancario** BANCA \_\_\_\_\_ AGENZIA \_\_\_\_\_

LOCALITÀ \_\_\_\_\_

CODICE IBAN

[illegible]

Il codice IBAN deve essere intestato o cointestato all'utente che fa richiesta di rimborso.

se il conto non è intestato al richiedente compilare DELEGA ALLA RISCOSSIONE

**Consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e successive modifiche, delle responsabilità derivanti da dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia personale responsabilità che quanto sopra riportato risponde a verità.**

**Informativa D. Lgs. 196/2003** “codice in materia di protezione dei dati personali”.

L dati personali sopra riportati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati solo per tale scopo.

**Consenso dell'interessato D. Lgs. 196/2003**

Acconsento al trattamento dei dati personali sopra riportati, funzionali agli scopi per i quali il trattamento è posto in essere.

Data\_\_\_\_\_

Firma (per esteso e leggibile) \_\_\_\_\_

**DELEGA PER LA RISCOSSIONE**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**DELEGA A RISCOUTERE SUL CONTO INDICATO**

sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

allegare copia del documento del delegato

Firma delegante (per esteso e leggibile) \_\_\_\_\_

Firma delegato (per esteso e leggibile) \_\_\_\_\_

**MODALITA' PRESENTAZIONE RICHIESTA DI RIMBORSO**

Le richieste potranno essere presentate con le seguenti modalità:

- Invio raccomandata a/r indirizzata a:  
**Direttore Generale Azienda USL Toscana Nord Ovest, Ufficio Anagrafe,**  
**via Cocchi 7, 56121 Ospedaletto Pisa**
- consegna a mano presso uno dei seguenti Uffici Protocollo Aziendali
  - **Protocollo di Pisa** - via Cocchi 7/9, 56121 Pisa -  
apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.00; lunedì e mercoledì dalle ore 14.30 alle ore 16.30.
  - **Protocollo di Livorno** - viale Alfieri 36, 57124 Livorno -  
apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 14.00.
  - **Protocollo di Cecina** - Via Montanara 52B, 57023 Cecina -  
apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 14.00.
  - **Protocollo Carrara** - via Don Minzoni, 3 54033 Carrara -  
apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 12 - il lunedì e mercoledì dalle ore 14 alle 17,00
  - **Protocollo Lucca** - Cittadella Della Salute Campo Di Marte Via Ospedale 1 55100 Lucca (Lu)  
apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.00.
- invio da mail con gli allegati in un unico file in formato pdf al seguente indirizzo  
**[direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it](mailto:direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it)**

La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte in modo leggibile, possibilmente in stampatello maiuscolo.

Non saranno accettate domande incomplete.