



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA**
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Istituto Ortopedico Rizzoli
Sede legale Via Di Barbiano, 1/10 - 40136 Bologna
Ospedale Via G. C. Pupilli, 1 - 40136 Bologna
Centro di Ricerca Via Di Barbiano, 1/10 - 40136 Bologna
Tel. 051/6366111 - Fax 051/580453 www.ior.it
Codice Fiscale e Partita IVA 00302030374

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'

Consapevole delle responsabilità penali, amministrative e civili a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'Art.76 del DPR 28/12/2000 n.445

Cognome _____ Nome _____

Nata/o il _____ tel./cellulare _____

E-mail _____

L'istanza è presentata da

- ☐ diretto interessato
☐ altra persona in qualità di _____

CHIEDO

- ☐ il rimborso del pagamento effettuato
☐ l'erogazione del resto non fornito/ritirato dal riscuotitore automatico

per la/le prestazione/i _____ fissata in data _____

per il/la paziente _____

con ricevuta di pagamento N° _____ del _____

per la seguente motivazione:

CHIEDO di ricevere l'accredito sul conto corrente bancario o postale intestato a:

Cognome _____ Nome _____ CF _____

Codice IBAN:

	2 num	CIN (1 lettera)	ABI (5 campi numerici)	CAB (5 campi numerici)	Numero di conto corrente (12 campi alfanumerici)
IT					

Somma da rimborsare: Euro _____

Allego:

- ☐ copia della ricevuta di pagamento della prestazione.
☐ copia della ricevuta emessa dal riscuotitore automatico attestante il mancato resto.
☐ modulo di delega firmato e copia del documento di riconoscimento del paziente, nel caso di dichiarante e di intestatario del conto corrente diversi dal paziente.

NOTE: _____

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003 si informa che i dati personali saranno trattati nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma del Dichiarante
