



Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

codice fiscale

residente a _____ | Prov. _____ | CAP _____

Via _____ | n. _____

telefono (fisso o cellulare) | e-mail

☐ il diretto interessato

☐ il genitore (con la potestà legale)

del minore (*nome*) | (*cognome*)

nato/a il _____ | a _____ | Prov. _____

☐ altro☐ il rimborso di euro☐ altro _____

☐ PagoPA presso _____☐ BONIFICO BANCARIO o BOLLETTINO POSTALE

☐ **MACCHINETTA EMETTITRICE SITUATA**

☐ ricevere l'accredito sul conto corrente bancario o postale

codice IBAN:

Intestato a:

☐ Ricevere l'autorizzazione per l'erogazione del rimborso in contanti presso qualsiasi sportello bancario di Intesa San paolo. (www.intesasanpaolo.com; "ricerca filiali vicino a te").

ALLEGRO

- una copia di un documento di identità in corso di validità
- una copia della ricevuta di pagamento

SONO CONSAPEVOLE CHE

Le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (DPR 445/2000 TU sulla documentazione amministrativa). L'Azienda Ospedaliero-Universitaria effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

I dati da lei forniti sono utilizzati, nel rispetto della normativa privacy (D.LGS. 196/2003, art. 13), esclusivamente per l'istruttoria della sua richiesta/pratica e solo dagli operatori degli uffici competenti a ciò autorizzati.

data _____

firma (per esteso e leggibile) _____

IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE E CONSEGNATO ATTRAVERSO UNA DELLE SEGUENTI MODALITA'

- ✓ Via e-mail all'indirizzo verificapagamenti@ao.pr.it;
- ✓ Trasmissione attraverso fax al numero: 0521 704189.
- ✓ A mezzo del servizio postale all'indirizzo: Azienda Ospedaliera-Università di Parma – Centro Servizi Pad. 10– Via Gramsci, 14 – 43126 Parma.

N.B.: in caso di compilazione da parte di persona diversa da chi usufruisce della prestazione, è necessario compilare una “delega generica” e allegare una copia del documento d'identità del delegante.

MODULO AUTORIZZAZIONE

(riservata Centro Servizi)

Esaminata la documentazione allegata, si esprime parere:

☐ **POSITIVO**

Subordinatamente alla verifica da parte del Servizio Economico-Finanziario.

☐ **NEGATIVO**

Motivazione:

Somma da liquidare di (euro) _____.

Data _____ firma (leggibile) _____.