

Alla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

Direzione centrale finanze
Servizio entrate e tributi
Pec: finanze@certregione.fvg.it

E, p.c.

Direzione centrale
salute, politiche sociali e disabilità
Pec: salute@certregione.fvg.it

OGGETTO: Richiesta rimborso versamento per iscrizione volontaria al SSN

Il/la sottoscritto/a:

Cognome

Nome

Nato/a a _____ il

Residente a

In via

Codice fiscale

con la presente richiede il rimborso del versamento per iscrizione volontaria al servizio sanitario regionale (ex art. 34, D.Lgs 25 luglio 1998, n. 286 e ss.mm.ii)

- eseguito in data _____
- per l'importo di euro _____

Motivo della richiesta:

Allega alla presente i seguenti documenti:

- copia documento d'identità personale;
- copia codice fiscale;

- copia/e del/i versamento/i;
- modulo richiesta modalità di pagamento;
- copia della domanda di iscrizione volontaria al SSN, della quale, consapevole delle conseguenze anche penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per il caso di dichiarazione mendace, nonché di quanto previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000, dichiara la conformità all'originale ai sensi degli articoli 19 e 47 del DPR n. 445/2000.

Luogo e data _____

Firma
