

Alla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

Direzione centrale finanze  
Servizio entrate e tributi  
Pec: [finanze@certregione.fvg.it](mailto:finanze@certregione.fvg.it)

E, p.c.

Direzione centrale  
salute, politiche sociali e disabilità  
Pec: [salute@certregione.fvg.it](mailto: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

\_\_\_\_\_