



## Vaccino antiallergico per asma o per veleno di imenotteri: richiesta di rimborso

Io sottoscritto/a

(nome)

| (cognome)

nato/a il

| a

| Prov.

Stato di nascita

| codice fiscale

residente a

| Prov.

| CAP

Via

| n.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

in qualità di

diretto interessato

genitore che esercita la responsabilità genitoriale insieme all'altro genitore, che concorda

genitore che esercita la responsabilità genitoriale in esclusiva

tutore/affidatario

del minore (nome)

| (cognome)

nato/a il

| a

| Prov.

### CHIEDO

► il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto del vaccino antiallergico

### ALLEGRO

- le fatture originali con il timbro del saldo, n. \_\_\_\_\_ (specificare il numero delle fatture)

### SCELGO DI

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

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

codice IBAN:

ricevere un assegno non trasferibile per posta (solo per importi fino a 1.000 euro) all'indirizzo  
(specificare solo se diverso da quello già indicato)

Via

Comune

CAP

Prov.

