Spett.le

Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità

Servizio programmazione e sviluppo dei servizi sociali e dell’integrazione e assistenza sociosanitaria

c/a dott.ssa Arianna Andreiasic

oggetto: Richiesta rimborso canone Telesoccorso.

Il sottoscritto/la sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov.\_\_\_\_ ) il giorno \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

**chiede**

il rimborso delle somme erroneamente versate alla Regione per il servizio di telesoccorso-telecontrollo nel periodo compreso da (mese/anno) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un importo complessivo pari a euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

A tal proposito, allega alla presente:

* Copia delle attestazioni dei pagamenti;
* Modulo “richiesta modalità di pagamento” – mod\_130, compilato con i dati per ottenere il rimborso;
* Copia del documento di identità del richiedente e degli eventuali co-intestatari del conto sul quale si richiede l’accredito del rimborso.

Luogo, data e firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_