



CITTÀ DEL VATICANO

FONDO ASSISTENZA SANITARIA

MODULO RICHIESTA  
RESTITUZIONE FATTURE  
PER PRESTAZIONI SANITARIE FRUITE IN FORMA INDIRECTA

IL SOTTOSCRITTO	<input type="checkbox"/> Dipendente	<input type="checkbox"/> Pensionato	<input type="checkbox"/> Altro titolo
COGNOME .....	NOME .....		
TEL. ....	EMAIL .....		
CHIEDE	<input type="checkbox"/> PER SÉ	<input type="checkbox"/> PER ALTRO AVENTE DIRITTO	.....

La restituzione delle seguenti fatture:

DESCRIZIONE PRESTAZIONE	ID RICHIESTA RIMBORSO	DATA	IMPORTO

Le fatture saranno restituite entro dieci giorni dalla data della richiesta.

Vaticano, .....

DATA

.....  
FIRMA DEL RICHIEDENTE/INCARICATO AL RITIRO

Ritirate il .....

FIRMA .....