

**all'Ufficio Gestione Libera Professione**

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a il _____ C.F. _____
 Residente a _____ in Via _____
 Documento: _____ n. _____ rilasciato da _____ a _____
 Il _____ Tel/cell _____ e-mail _____

CHIEDE IL RIMBORSO PER PRESTAZIONE CORRISPOSTA IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE NON FRUITA

□ Fattura n. . de l

MOTIVAZIONE

MODALITÀ DI RIMBORSO

□ ASSEGNO DI TRAENZA

☐ **BONIFICO BANCARIO** Intestatario del c/c _____

[illegible]

Firma del richiedente*

Firma dell'addetto per accettazione

(*nel caso di minore, firma del genitore o di chi ne fa le veci)

NB: Nel caso in cui l'intestatario dell'IBAN non corrisponda all'intestatario della fattura di pagamento, alla richiesta deve essere allegata la delega e la fotocopia di entrambi i documenti di identità. In caso di minore, occorre anche il documento d'identità dello stesso.

Programmazione e Controllo – Ufficio Libera Professione
Viale Risorgimento 80, Reggio Emilia
Tel 0522 296053 – 0522 295900
Mail: ufficioliberaprofessione@ausl.re.it
Pec: ufficioliberaprofessione@pec.ausl.re.it

Sede legale:
Via Giovanni Amendola 2
Reggio Emilia