

**Al Dirigente Responsabile
Servizio Gestione Risorse Economiche e Finanziarie
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
Via G. Amendola, n 2
42122 REGGIO EMILIA**

**PEC: bilancio@pec.ausl.re.it
Fax: 0522/335391**

OGGETTO: Richiesta di rimborso sanzione amministrativa

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____,
NATO/A A _____ (PROV. _____) IL _____,
COD. FISC. _____, NELLA SUA QUALITÀ DI _____
_____ DELLA SOCIETÀ O IMPRESA
INDIVIDUALE DENOMINATA _____,
COD. FISC. _____ PARTITA IVA _____,
CON RECAPITO: TEL. _____, FAX _____, PEC _____

CHIEDE

IL RIMBORSO DELL'IMPORTO DI € _____, __ importo in lettere (_____)
RELATIVO ALL'ERRONEO/DUPLICE VERSAMENTO DELLA SANZIONE AMMINISTRATIVA
CORRISPONDENTE AL VERBALE DI ACCERTAMENTO N° _____ (di protocollo od
identificativo) DEL _____.

Si indica la seguente modalità di restituzione, consapevole che ogni eventuale spesa della procedura rimarrà a carico del richiedente:

- ASSEGNO CIRCOLARE NON TRASFERIBILE;
 ACCREDITO SU C/C BANCARIO:
BANCA _____ FILIALE o SEDE di _____
C/C n. _____ COD. IBAN _____
INTESTATO A _____ COD. FISCALE _____

Allegati obbligatori:

- 1) FOTOCOPIA DOCUMENTO IDENTITÀ
- 2) RICEVUTE DI PAGAMENTO (PAGAMENTO SANZIONE E/O PAGAMENTO ERRONEO/ DUPLICE)

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente richiesta è presentata.

In fede
(Luogo e data)

FIRMA DEL RICHIEDENTE
