

Richiesta di rimborso diritti sanitari versati per SCIA

SI PREGA DI COMPILARE TUTTI I CAMPI IN STAMPATELLO

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____

CODICE FISCALE/P.IVA _____

TELEFONO/CELLULARE _____

CHIEDE

IL RIMBORSO di € 31,80 per aver versato € 51,80 anziché € 20 quali diritti sanitari (ai sensi del D.Lgs. 32/2021) relativi alla presentazione della SCIA di tipo alimentare in data _____ preso il SUAP di _____

IL RIMBORSO di € _____ per aver versato € _____ anziché € _____
per _____

in data _____ preso il SUAP di _____

Chiede contestualmente che il rimborso venga effettuato tramite:

- Bonifico bancario (il richiedente del rimborso deve coincidere con l'intestatario del conto corrente)**

check digits	CIN	ABI	CAB	nr. conto
IT				

Firma del richiedente

Data _____

Allegato: copia documento d'identità

Il modulo deve essere inviato tramite PEC all'indirizzo protocollo@pec.ats-valpadana.it