

ED ALLEGA ALLA PRESENTE

- Prescrizione originale del medico curante su ricettario regionale (ricetta rossa)
- I fustelli applicati sulla ricetta devono essere annullati con il timbro della farmacia senza però timbrare il codice a barre del bollino
- Scontrino fiscale parlante in originale
- Fotocopia documento di identità firmata
- Fotocopia codice di eventuale esenzione

il sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm., dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarci, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente non versate per la fornitura di cui sopra.

Dichiaro che mi sono state preventivamente fornite le informazioni previste dalla normativa in materia di tutela dei dati personali e in particolare quelle di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003. Conseguentemente autorizzo l'Asl Napoli 3 Sud al trattamento dei miei dati personali, compresi quelli sensibili, solo per il procedimento relativo alla presente richiesta.

IL DICHIARANTE _____
(firma)

(data)

<i>Area da compilare a cura dell'ufficio ricevente</i>	<i>Timbro dell'ufficio</i>
Ufficio ricevente: _____	
Data: _____ Firma dell'impiegato _____	

N.B.: Il rimborso sarà effettuato presso gli sportelli del Banco di Napoli, che saranno pubblicizzati presso i Distretti Sanitari e sul sito aziendale www.aslnapoli3sud.it.
Si consiglia di effettuare un'unica richiesta al termine dello sciopero, per facilitare le operazioni di rimborso

.....

Ricevuta da compilare e consegnare al cittadino, a cura dell'ufficio ricevente

Nome e cognome del richiedente: _____

n. fustelle allegate _____ n. ricette allegate _____

Ufficio ricevente _____

Data _____ Firma dell'impiegato _____

TIMBRO DELL'UFFICIO