

Al Distretto Sanitario di Base  
di  
AGRIGENTO

**Oggetto: Domanda di rimborso spese per acquisto Vaccino desensibilizzante.**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il rimborso della spesa di € \_\_\_\_\_ sostenuta per acquisto vaccino desensibilizzante cui ha dovuto fare ricorso.

o per se / per il familiare( se minorenne) \_\_\_\_\_  
nome-cognome-data di nascita-relazione di parentela

Documenti allegati:

1. Fattura n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
2. Prescrizione specialistica.
3. Copia prove allergiche.

Dichiara di volere corrisposto il rimborso tramite:

- Assegno non trasferibile
- Accreditamento sul c/c

Banca.....

IBAN.....

**Firma del richiedente**

**- ASP – AGRIGENTO -**

**Spazio riservato al D.S.B. di Agrigento**

Esaminata la documentazione sanitaria si esprime

Parere \_\_\_\_\_

**Il Medico responsabile**

**Il Responsabile Amministrativo**

**(Dott. Paolo Emanuele Di Falco)**