

Richiesta copia ricevuta pagamento prestazioni in libera professione

Io sottoscritto/a

(cognome) | (nome)

nato/a il | a | Prov.

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

telefono (fisso o cellulare)

DICHIARO DI ESSERE

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

il diretto interessato il genitore (con la potestà legale)

del minore (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

il tutore il curatore l'amministratore di sostegno l'erede

di (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

CHIEDO

► la copia in formato digitale della ricevuta di pagamento della prestazione (specificare)

Eseguita in libera professione in data presso l'Ospedale di Sassuolo

SCELGO DI

► ricevere la copia della ricevuta a questo indirizzo di email (specificare)

ALLEGRO

- La copia di un documento di identità in corso di validità
- Eventuale documentazione utile a individuare la prestazione pagata

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). Vengono effettuati controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data | firma (per esteso e leggibile)

INFORMAZIONI IMPORTANTI

può presentare la sua richiesta per posta elettronica all'indirizzo **amministrazione.clienti@ospedalesassuolo.it**, trasmettendo con un unico invio tutta la documentazione (modulo e relativi allegati) altrimenti non sarà possibile prendere in carico la richiesta.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – INFORMAZIONI REGOLAMENTO UE 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo www.ospedalesassuolo.it/privacy-policy