



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Unità operativa Medicina Legale  
Commissione medica locale patenti

Bologna,

AL PRESIDENTE  
COMMISSIONE MEDICA  
LOCALE PATENTI DI  
BOLOGNA  
Azienda USL Bologna  
Via Gramsci n. 12  
40121 BOLOGNA

**OGGETTO: RICHIESTA DI RIMBORSO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

n° tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Codice IBAN \_\_\_\_\_ Banca \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rimborso della somma di € \_\_\_\_\_ versata sul c.c.p. n. 821405

per il seguente motivo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

*Si allegano attestazioni di avvenuto pagamento in originale*

**N.B. per ottenere il rimborso è indispensabile la corretta compilazione di tutti i dati richiesti**

Unità operativa Medicina Legale  
Via Gramsci, 12 - 40121 Bologna  
Tel. +39.051.6079711 fax +39.051.6079790

Azienda USL di Bologna  
Sede Legale: Via Castiglione, 29 - 40124 Bologna  
Tel. +39.051.6225111 fax +39.051.6584923  
Codice fiscale e Partita Iva 02406911202