

**DOMANDA DI RIMBORSO TICKET SANITARI INERENTI ESAMI E VISITE SPECIALISTICHE
(periodo 1/6/2015-31/12/2017)**

RICHIEDENTE SIG./SIG.RA

ELENCO TICKET - FOGLIO AGGIUNTIVO N.

1)	Azienda sanitaria	Tipo di prestazione	Data	Importo
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				
9)				
10)				
11)				
12)				
13)				
14)				
15)				
16)				
17)				
18)				
19)				
20)				

Rivarolo Canavese, li

FIRMA*
