

DOMANDA DI RIMBORSO

All'Area Coordinamento Affari Amministrativi
Ufficio Affari Amministrativi, Contabilità e Bilancio
Via del Tritone, 181 - 00187 Roma
Al Ministero della Salute
Per il tramite dell'Agenzia Italiana del Farmaco

1. RICHIEDENTE

Autocertificazione (art.46 DPR 28 dicembre 2000, n.445)

LEGALE RAPPRESENTANTE

Codice fiscale (obbligatorio)

Cognome

Nome

Comune o Stato estero di nascita

Provincia

Data di nascita

Sesso (barrare la casella)

☐ M ☐ F

AZIENDA FARMACEUTICA

(compilare anche la parte relativa al legale rappresentante nel riquadro precedente)

Codice fiscale (obbligatorio)

Descrizione o ragione sociale

Codice SIS

Sede legale (dell'azienda o della ditta che si rappresenta)

Provincia

CAP

Telefono

Indirizzo

Indirizzi di Posta Elettronica Certificata (PEC)

Il richiedente si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni relative ai dati sopra forniti

2. OGGETTO DELLA DOMANDA

Dichiarazione sostitutiva (art.47 DPR 28 dicembre 2000, n.445)

Il richiedente presenta istanza di rimborso per un totale di Euro , per i seguenti motivi:

ESTREMI VERSAMENTO	QUOTA AIFA	DATI DEL VERSAMENTO EFFETTUATO N° POL: CODICE PRATICA:		
		DATA VERSAMENTO G G M M A A	IMPORTO VERSATO EURO ,	CAUSALE:
MOTIVI DELL'ISTANZA	QUOTA MINISTERO SALUTE	DATI DEL VERSAMENTO EFFETTUATO N° POL: CODICE PRATICA:		
		DATA VERSAMENTO G G M M A A	IMPORTO VERSATO EURO ,	CAUSALE:

In caso di domanda di rimborso di più versamenti compilare il/i modulo/i aggiuntivo/i

MOTIVI DELL'ISTANZA	QUOTA AIFA	IL RIMBORSO DI EURO , SI RICHIEDE PER I SEGUENTI MOTIVI:
		IL RIMBORSO DI EURO , SI RICHIEDE PER I SEGUENTI MOTIVI:

Allegare l'originale o la copia autentica dei versamenti in oggetto

Chiede che il rimborso, se e per quanto dovuto, sia eseguito mediante:

☐ Bonifico su C.C. bancario o Bancoposta

IBAN

Paese	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N° Conto
Codice BIC SWIFT:					

☐ Altro

Specificare

--

Il sottoscritto, inoltre, dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dagli artt. 28 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n.445, nonché della decadenza dei benefici prodotti da provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art.75 del DPR 28 dicembre 2000, n.445.

Autorizza il trattamento delle informazioni fornite con la presente richiesta per l'istruttoria e le verifiche necessarie, ai sensi del Decreto Legislativo del 30 giugno 2003, n.196.

DATA

FIRMA

Allegare sempre una copia fotostatica firmata di un documento d'identità in corso di validità del richiedente.

INTEGRAZIONE PUNTO 2. OGGETTO DELLA DOMANDA

Dichiarazione sostitutiva (art.47 DPR 28 dicembre 2000, n.445)

ESTREMI VERSAMENTO	QUOTA AIFA	DATI DEL VERSAMENTO EFFETTUATO N° POL: _____ CODICE PRATICA: _____		
		DATA VERSAMENTO G G M M A A 	IMPORTO VERSATO EURO _____ ,	CAUSALE:
	QUOTA MINISTERO SALUTE	DATI DEL VERSAMENTO EFFETTUATO N° POL: _____ CODICE PRATICA: _____		
		DATA VERSAMENTO G G M M A A 	IMPORTO VERSATO EURO _____ ,	CAUSALE:

MOTIVI DELL'ISTANZA	QUOTA AIFA	IL RIMBORSO DI EURO _____ , SI RICHIEDE PER I SEGUENTI MOTIVI:
	QUOTA MINISTERO SALUTE	IL RIMBORSO DI EURO _____ , SI RICHIEDE PER I SEGUENTI MOTIVI:

Allegare l'originale o la copia autentica dei versamenti in oggetto

Dichiarazione sostitutiva (art.47 DPR 28 dicembre 2000, n.445)

ESTREMI VERSAMENTO	QUOTA AIFA	DATI DEL VERSAMENTO EFFETTUATO N° POL: _____ CODICE PRATICA: _____		
		DATA VERSAMENTO G G M M A A 	IMPORTO VERSATO EURO _____ ,	CAUSALE:
	QUOTA MINISTERO SALUTE	DATI DEL VERSAMENTO EFFETTUATO N° POL: _____ CODICE PRATICA: _____		
		DATA VERSAMENTO G G M M A A 	IMPORTO VERSATO EURO _____ ,	CAUSALE:

MOTIVI DELL'ISTANZA	QUOTA AIFA	IL RIMBORSO DI EURO _____ , SI RICHIEDE PER I SEGUENTI MOTIVI:
	QUOTA MINISTERO SALUTE	IL RIMBORSO DI EURO _____ , SI RICHIEDE PER I SEGUENTI MOTIVI:

Allegare l'originale o la copia autentica dei versamenti in oggetto