

Applicare marca da bollo  
di € 14,62

# 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)

<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>	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:		
		DATA VERSAMENTO	IMPORTO VERSATO	CAUSALE:
		G   G   M   M   A   A	EURO _____ ,	
		DATI DEL VERSAMENTO EFFETTUATO N°		
		POL:		
		DATA VERSAMENTO	IMPORTO VERSATO	CAUSALE:
		G   G   M   M   A   A	EURO _____ ,	

**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
<b>Codice BIC SWIFT:</b>					

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)

<b>ESTREMI VERSAMENTO</b>	QUOTA AIFA	DATI DEL VERSAMENTO EFFETTUATO N° POL:		
		DATA VERSAMENTO G G M M A A	IMPORTO VERSATO  EURO .	CAUSALE:
<b>QUOTA MINISTERO SALUTE</b>		DATI DEL VERSAMENTO EFFETTUATO N° POL:		
		DATA VERSAMENTO G G M M A A	IMPORTO VERSATO  EURO .	CAUSALE:

<b>MOTIVI DELL'ISTANZA</b>	QUOTA AIFA	IL RIMBORSO DI EURO , SI RICHIEDE PER I SEGUENTI MOTIVI:
<b>QUOTA MINISTERO SALUTE</b>		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)

<b>ESTREMI VERSAMENTO</b>	QUOTA AIFA	DATI DEL VERSAMENTO EFFETTUATO N° POL:		
		DATA VERSAMENTO G G M M A A	IMPORTO VERSATO  EURO .	CAUSALE:
<b>QUOTA MINISTERO SALUTE</b>		DATI DEL VERSAMENTO EFFETTUATO N° POL:		
		DATA VERSAMENTO G G M M A A	IMPORTO VERSATO  EURO .	CAUSALE:

<b>MOTIVI DELL'ISTANZA</b>	QUOTA AIFA	IL RIMBORSO DI EURO , SI RICHIEDE PER I SEGUENTI MOTIVI:
<b>QUOTA MINISTERO SALUTE</b>		IL RIMBORSO DI EURO , SI RICHIEDE PER I SEGUENTI MOTIVI:

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