



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia

Programmazione e Controllo
Direttore Dr.ssa Maria Elena Costa



Reggio Emilia, li _____

all'Ufficio Gestione Libera Professione

Oggetto: rimborso per prestazioni corrisposte in regime di libera professione

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a il _____ C.F. _____

Residente a _____ in Via _____

Documento: _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____

Tel _____ e-mail _____

DELEGA

Il Sig. _____ Nato/a il _____ C.F. _____

Residente a _____ in Via _____

Documento: _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____

Tel _____ e-mail _____

A riscuotere la somma di cui all'oggetto, da me versata, su proprio conto corrente

Firma del delegante

Firma dell'addetto per accettazione

- E' richiesta copia di documento di identità del delegante