





## DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ
- DOMANDA DI RIMBORSO (DA PRESENTARE ENTRO 90 GIORNI DALLA DATA DELLA FATTURA O RICEVUTA)
- ORIGINALE DELLA FATTURA O RICEVUTA DI PAGAMENTO QUIETANZATA, POSSIBILMENTE CON SPECIFICA DEL CODICE REGIONALE DEL MEDICO (LE RICEVUTE NON DEVONO RIPORTARE L'INTESTAZIONE DI GUARDIA MEDICA TURISTICA O DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE)

### Spazio riservato all'operatore di ASST NORD MILANO

Importo da pagare € \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Responsabile del Procedimento \_\_\_\_\_

Responsabile dell'Istruttoria \_\_\_\_\_