ACSS AGENZIA DI CONTROLLO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO — Regione Lombardia	**RICHIESTA DI RIMBORSO PAGAMENTI NON DOVUTI EFFETTUATI TRAMITE PAGOPA**	Cod: Pr.11-Mod.01 Rev: 00 Data: 30/09/2026

Il/La sottoscritto/a ……..……nato/a ……Provincia ……,
C.F. ……., residente a ……Provincia …., in Via/P.zza …..……..., nr. …,
CAP ……, telefono …….. E-mail……..…PEC……...

in qualità di: ☐ diretto interessato ☐ legale rappresentante

CHIEDE

Il rimborso dell'importo di euro …….
effettuato con PagoPA, ID UNIVOCO VERSAMENTO ……..……

Intestatario del conto	
Codice fiscale	
IBAN	

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(artt. 38 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a, consapevole dei controlli previsti dall'art. 71, della decadenza dai benefici ai sensi dell'art. 75 e delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

- che i dati indicati sono completi e veritieri;
- che il pagamento PagoPA di euro ……. è stato effettuato ad ACSS per errore;
- che l'IBAN indicato è intestato all'avente diritto

ALLEGATI
Ricevuta Telematica PagoPA, documento d'identità

INFORMATIVA PRIVACY
I dati personali sono trattati da ACSS, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, esclusivamente per la gestione della presente richiesta e dei relativi adempimenti amministrativi e contabili. L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli artt. 15-22 GDPR. Informazioni complete sul trattamento sono disponibili sul sito istituzionale ACSS.
☐ Dichiaro di aver preso visione dell'informativa privacy.

Luogo e data	Firma del richiedente/dichiarante

Modalità: ☐ firma autografa con documento allegato
☐ Documento informatico sottoscritto digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 e s.m.i.