Il/la sottoscritto/a (in caso di minore indicare il nome di uno dei genitori)

Cognome_____ Nome _____

data di nascita_____residente a _____

C.A.P. _____via _____ n. _____

codice fiscale _____

CHIEDE

il rimborso di **euro**_____ per il ticket pagato sulla prestazione sanitaria n._____

□ effettuata il _____ □ da effettuarsi il _____

riferita a
□ visita specialistica _____, esame strumentale _____

□ visita presso Consultorio ASST di _____

□ visita per Patente/Porto d'armi/ altra certificazione M.L.

□ vaccinazione internazionale o copagamento

□altro_____

eseguita:

□ per se stesso/a

□ in quanto esercente la responsabilità genitoriale sul minore

□ per altri

nome _____ cognome _____ data di nascita_____

presso _____
indicare la sede dell'Ospedale, CdC, Poliambulatorio

A tal fine indica la modalità di pagamento per il rimborso:

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Banca _____

Conto corrente n._____intestato a _____

Codice Fiscale_____

Sono informato che i dati personali forniti saranno utilizzati esclusivamente ai fini amministrativi o sanitari connessi alle prestazioni erogate, nel rispetto della normativa per il trattamento dei dati sensibili ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e dò il consenso al trattamento degli stessi.

Data _____ _____
(firma)

Allegati:

- Ricevuta di pagamento in originale
- Documento di prenotazione della prestazione sanitaria
- Fattura quietanzata e nota di credito
- Anagrafica utente

Il sottoscritto operatore_____ in servizio presso _____

visionata la documentazione certifica il diritto al rimborso per:

□ esame non eseguito

□ paziente con esenzione cod. n. _____

□ errato pagamento.

_____
(firma operatore)

Visto, si inoltra a UOC Programmazione, Bilancio e Contabilità disponendone il rimborso.

Data _____ _____

(firma Responsabile CUP/DIR/RSTR)