



RICHIESTA RIMBORSO PAGAMENTO PRESTAZIONE SANITARIA - EREDI

Il/La Sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Comune (o Stato Estero) di nascita _____ Prov _____

Codice fiscale _____ Codice identificativo estero _____

Residente a _____ C.A.P. _____ Provincia _____

Via _____ N° _____ Telefono _____

Domiciliato a _____ C.A.P. _____ Provincia _____

via _____ N° _____ Telefono _____

Cellulare _____ Indirizzo mail _____

PEC _____

IN QUALITA' DI

- Erede legittimo
- Erede testamentario (indicare numero e data dell'atto) _____

DICHIARO

- Di agire anche in nome degli altri eredi, di seguito indicati e dai quali formalmente delegato (produrre delega e copia del documento di riconoscimento di ciascun erede indicato)
- _____
- _____
- _____
- Di agire in via disgiunta dagli altri eventuali eredi

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.:

Specificare i dati della persona per la quale si chiede il rimborso:

Cognome _____ Nome _____

CodiceFiscale _____

Residente a _____ C.A.P. _____ Provincia _____

Via _____ N° _____

CHIEDO

Il rimborso di € _____ versati il ___/___/_____ presso _____

di:

- Ticket di specialistica ambulatoriale
- Tariffa di specialistica ambulatoriale in regime di libera professione
- Ticket di Pronto Soccorso
- Altro (specificare) _____

Per le seguenti motivazioni:

- Prestazione non effettuata per motivi tecnici (specificare) _____
- Prestazione non effettuata per disdetta
- Esenzione reddito/età/disoccupazione (se presente sulla ricetta – ove prevista)
- Esenzione patologia (se presente sulla ricetta – ove prevista)
- Altro _____

SI ALLEGA

- Certificato di morte
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (ex art. 47 del T.U. approvato dal D.P.R. 28/12/2000 n. 445) nella quale gli eredi dichiarano la loro qualità di eredi, la mancanza di altri eredi legittimi, e quali di essi (in caso siano più di uno) sia delegato alla riscossione;
- Copia atto di successione
- Originale ricevuta di pagamento ticket
- Originale fattura prestazione in libera professione
- Copia documento identità del deceduto
- Copia documento identità del richiedente
- In caso di delega da parte degli altri eredi, copia documento identità degli stessi
- Altro (specificare) _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il/la sottoscritto/a chiede che il rimborso venga effettuato tramite:

(Barrare in alternativa una delle caselle sotto riportate e compilare obbligatoriamente tutti i campi indicati)

<input type="checkbox"/>	Accredito su CONTO CORRENTE BANCARIO (IBAN) a me intestato presso: Banca _____ Agenzia _____ IBAN: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">ID NAZ</th> <th style="width: 15%;">COD</th> <th style="width: 15%;">CIN</th> <th style="width: 15%;">ABI</th> <th style="width: 15%;">CAB</th> <th style="width: 15%;">CONTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> SWIFT _____ per bonifici estero	ID NAZ	COD	CIN	ABI	CAB	CONTO						
ID NAZ	COD	CIN	ABI	CAB	CONTO								
<input type="checkbox"/>	Rimessa diretta presso il Tesoriere dell’Azienda USL di Piacenza												

Il sottoscritto inoltre:

- comunica all'Azienda i dati sopraindicati ai fini della gestione delle posizioni contabili;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione rispetto alla presente dichiarazione;
- dichiara di aver preso atto dell'informativa generale sul trattamento dei dati personali dell'Azienda UsI di Piacenza ai sensi dell'art.13 del regolamento UE 2016/679.

Luogo e Data,

Firma

N° progressivo_____

Parte riservata all'Azienda USL di Piacenza

Previo debito accertamento, si autorizza il rimborso di € _____

Al/Alla Sig./Sig.ra _____

Totale da liquidare _____

L'operatore di sportello

Il referente