



RICHIESTA RIMBORSO PAGAMENTO PRESTAZIONE SANITARIA

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 QUALITÀ DI

- Diretto interessato
- Genitore del minore
- Tutore/curatore/amministratore di sostegno
- Altro (specificare) _____

Specificare i dati della persona (se diversa dall'interessato) per la quale si chiede il rimborso:

Cognome _____ Nome _____

CodiceFiscale _____

Residente a _____ C.A.P _____ Provincia _____

Via _____ N° _____ Telefono _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000

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

- Originale ricevuta di pagamento ticket
- Originale fattura prestazione in libera professione
- Copia documento identità del richiedente il rimborso
- In caso di delega, copia documento identità della persona delegata e del richiedente il rimborso
- Eventuali certificazioni
- 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"/>	<p>Accredito su CONTO CORRENTE BANCARIO (IBAN) a me intestato presso:</p> <p>Banca _____ Agenzia _____</p> <p>IBAN:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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> <p>SWIFT _____ per bonifici estero</p>	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
