

RICHIESTA RIMBORSO PAGAMENTO PRESTAZIONE SANITARIA

Il/La Sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a (Comune o Stato Estero di nascita) _____ Provincia _____

il ___/___/_____ Codice fiscale _____

Codice identificativo estero _____

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

Via _____ N° _____

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

Via _____ N° _____

Telefono _____ Cellulare _____

Indirizzo mail _____

Indirizzo PEC _____

IN QUALITÀ DI

Diretto interessato

Genitore del minore

Tutore/curatore/amministratore di sostegno

Delegato

a compilare e consegnare la presente richiesta di rimborso

a ricevere l'importo rimborsabile

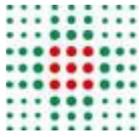
Specificare i dati della persona titolare della prestazione sanitaria oggetto di rimborso:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a (Comune o Stato Estero di nascita) _____ Provincia _____

il ___/___/_____ Codice fiscale _____

Codice identificativo estero _____



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

Via _____ N° _____

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

CHIEDE

Il rimborso di € _____ versati il ____/____/____ per:

- Ticket** di specialistica ambulatoriale
- Tariffa** di specialistica ambulatoriale in regime di **Libera Professione**
- Ticket di **Pronto Soccorso**
- Ticket CAU**
- Altro (specificare) _____

Per le seguenti motivazioni:

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

SI ALLEGA

- Originale o copia** ricevuta di pagamento ticket
- Originale o copia** fattura prestazione in libera professione
- Copia documento identità del sottoscrittore della presente richiesta (diretto interessato o delegato)
- Copia documento identità del delegante
- Altra documentazione - specificare (delega, atto di nomina amministratore di sostegno, impegnative,...) _____

In caso di consegna di copie di documenti fiscali il sottoscritto dichiara ai sensi del DPR n. 445/2000 che gli originali degli stessi non sono stati, né saranno, utilizzati per ottenere altri benefici economici.

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 intestato a Cognome _____ Nome _____ presso: Banca _____ Agenzia _____ IBAN: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">ID NAZ</td> <td style="width:10%;">COD</td> <td style="width:15%;">CIN</td> <td style="width:15%;">ABI</td> <td style="width:15%;">CAB</td> <td style="width:30%;">CONTO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </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 a favore del: <input type="checkbox"/> DIRETTO INTERESSATO <input type="checkbox"/> DELEGANTE <input type="checkbox"/> DELEGATO												

Il sottoscritto inoltre, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall’art. 76 del DPR n. 445/2000:

- 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 USL 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 _____