



02_ MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO DI PRESTAZIONI EROGATE IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE

Io sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Stato di nascita _____ codice fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n° _____

Telefono (fisso o cellulare) _____ e-mail _____

CHIEDO

Il rimborso di (euro versati) _____

In data _____

MOTIVO

- Prestazione non fruita perché il medico non era presente;
- Prestazione non fruita per motivi imputabili all'azienda (in questo caso è necessario allegare la dichiarazione di non erogazione della prestazione rilasciata dallo specialista);
- Erogazione di prestazione con tariffa differente;
- Altro _____

ALLEGRO

E' necessario allegare al presente modulo:

- Copia della ricevuta di pagamento.

Oppure

Solo in caso di pagamento "anonimo" (es. non riportante codice fiscale prestampato, numero di prenotazione, ecc...), le RICEVUTE DI PAGAMENTO IN ORIGINALE e in duplice copia vanno spedite per POSTA o consegnate di PERSONA (vedasi indicazioni sotto riportate).

SCELGO DI

- Ricevere l'accredito sul conto corrente bancario o postale (in questo caso il beneficiario deve coincidere con l'intestatario del C/C postale) intestato a:

Nome: _____ Cognome: _____ CF: _____

Indirizzo: _____

Codice IBAN: _____

- Ricevere l'autorizzazione per l'erogazione del rimborso in contanti presso uno sportello bancario di Intesa San paolo. (www.intesasanpaolo.com; "ricerca filiali vicino a te")

SONO CONSAPEVOLE CHE

Le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (DPR 445/2000 TU sulla documentazione amministrativa). L'Azienda Ospedaliero-Universitaria effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

I dati da lei forniti sono utilizzati, nel rispetto della normativa privacy (D.LGS. 196/2003, art. 13), esclusivamente per l'istruttoria della sua richiesta/pratica e solo dagli operatori degli uffici competenti a ciò autorizzati.

Data _____ Firma _____

IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE E CONSEGNATO ATTRAVERSO UNA DELLE SEGUENTI MODALITA':

- ✓ Via e-mail all'indirizzo verificapagamenti@ao.pr.it;
- ✓ Trasmissione attraverso fax al numero: 0521 70 21 31;
- ✓ A mezzo del servizio postale all'indirizzo: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma – Centro Servizi – Via Gramsci, 14 – 43126 Parma.;
- ✓ Di persona presso il Centro Servizi Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma - Padiglione 10 (orari: dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 17.00, il sabato dalle ore 8.00 alle 12.00).

N.b.: in caso di compilazione da parte di persona diversa da chi usufruisce della prestazione è necessario compilare una "delega generica" ed allegare una copia del documento d'identità del delegante.

MODULO AUTORIZZAZIONE (area riservata al Centro Servizi)

Esaminata la documentazione allegata, si esprime parere:

- POSITIVO

Somma da liquidare di (euro) _____

- NEGATIVO

motivazione _____

Data _____ firma (leggibile) _____