

### 03\_ MODULO RICHIESTA DI RIMBORSO - MACCHINE RISCOUOTITRICI

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 LA RESTITUZIONE A FRONTE DI UN PAGAMENTO DI (compilare tutti i campi):

Totale pagamento: \_\_\_\_\_ Totale Versato: \_\_\_\_\_ Totale non restituito: \_\_\_\_\_

In data: \_\_\_\_\_ alle ore: \_\_\_\_\_  **NON HO RICEVUTO ALCUN SCONTRINO**

#### PRESSO (la macchina riscuotitrice)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> N.7777014 – OSPEDALE DEI BAMBINI  | <input type="checkbox"/> N.7777019 – CENTRO SERVIZI            |
| <input type="checkbox"/> N.7777003 – PRONTO SOCCORSO       | <input type="checkbox"/> N.7777018 – AMBULATORI CHIRURGICI     |
| <input type="checkbox"/> N.7777021 – POLIAMBULATORI        | <input type="checkbox"/> N.7777026 – MATERNITA' (SOLO POS)     |
| <input type="checkbox"/> N.7777024 – RADIOLOGIA (SOLO POS) | <input type="checkbox"/> N.7777022 – POLIAMBULATORI (SOLO POS) |
| <input type="checkbox"/> N.7777012 – OCULISTICA            | <input type="checkbox"/> N.7777023 – MONOBLOCCO (SOLO POS)     |
| <input type="checkbox"/> N.7777025 – CATTANI (SOLO POS)    |  |

#### METODO DI PAGAMENTO (barrare una o più opzioni):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PAGAMENTO TRAMITE TESSERA SANITARIA.           | <input type="checkbox"/> PAGAMENTO IN CONTANTI   |
| <input type="checkbox"/> PAGAMENTO TRAMITE CODICE A BARRE.              | <input type="checkbox"/> PAGAMENTO CON BANCOMAT. |
| <input type="checkbox"/> PAGAMENTO SELEZIONANDO: "TICKET IMPORTI VARI". |  |

#### MOTIVI (barrare una o più opzioni):

- 1\_Non ho ricevuto tutto o parte del resto dovuto ma ho ricevuto uno scontrino di resto non erogato che allego alla presente;
- 2\_Non ho ricevuto tutto o parte del resto dovuto e non ho ricevuto alcun scontrino;
- 3\_Non ho ricevuto alcuno scontrino;
- 4\_Altro: \_\_\_\_\_

#### 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: \_\_\_\_\_
- Codice IBAN: \_\_\_\_\_
- Ricevere l'autorizzazione per l'erogazione del rimborso in contanti presso qualsiasi 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 consenso è stato raccolto telefonicamente

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

- ✓ Via e-mail all'indirizzo [verificapagamenti@ao.pr.it](mailto:verificapagamenti@ao.pr.it);
- ✓ Trasmissione attraverso fax al numero: 0521 70 21 31.
- ✓ A mezzo del servizio postale all'indirizzo: Azienda Ospedaliera-Università di Parma – Centro Servizi – Via Gramsci, 14 – 43126 Parma.
- ✓ Di persona presso il Centro servizi Azienda Ospedaliero-Università di Parma – Padiglione 10 (orari: dal lunedì al venerdì dalle ore 08.00 alle ore 17.00, il sabato dalle ore 08.00 alle ore 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.

## (area riservata al Centro Servizi)

Il modulo deve essere COMPILATO IN OGNI SUA PARTE e INVIATO a: [gestione@data4.it](mailto:gestione@data4.it)

SPAZIO RISERVATO AD OPERATORE DATA4: Inserire breve descrizione di ciò che risulta dall'analisi dei dati della macchina (il dettaglio del log è da riportare a parte nel testo della e-mail)

## MODULO AUTORIZZAZIONE (area riservata al Centro Servizi)

Esaminata la documentazione allegata, si esprime parere:

- POSITIVO
- Subordinatamente alla verifica da parte del Servizio Economico-Finanziario di eventuali eccedenze riportate nel verbale di quadratura IVRI (del successivo carico/scarico macchina)

Somma da liquidare di (euro) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ firma (leggibile) \_\_\_\_\_