

01_TICKET: MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO

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 _____

1-DICHIARO DI ESSERE

- Il diretto interessato

- Il genitore (Con la potestà legale)
del minore (NOME COGNOME)
Nato il _____ A _____ Provincia _____

- Il tutore Il curatore l'Amministratore di sostegno
DI (NOME COGNOME)
 Nato il _____ A _____ Provincia _____

2-CHIEDO

Il rimborso di euro versati in data
per una prestazione (indicare ambulatorio) con sede presso:

 **AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA, via Gramsci 14/a**

Ambulatorio _____

3-MOTIVO

- Ho pagato il ticket per una prestazione, ma sono esente. Allegare copia attestato esenzione ticket o autocertificazione.
- Ho pagato il ticket per una prestazione che non è stata effettuata. Allegare eventuale certificazione della struttura.
- Ho pagato il ticket per una prenotazione che ho regolarmente disdetto.
- Altro _____

4-ALLEGO

- Una copia di un documento di identità in corso di validità

- Una copia della ricevuta di pagamento

5-SCELGO DI

- Ricevere l'accredito sul conto corrente bancario o postale a me intestato (*barrare questa casella solo se il richiedente è intestatario o co-intestatario del conto corrente*):

Codice IBAN: _____

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

6-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 sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 2016/679 – GDPR.

Data _____ Firma _____

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

- ✓ Via e-mail all'indirizzo **rimborsoticket@ao.pr.it**;
- ✓ Per posta all'indirizzo:
- ✓ Ufficio Verifica pagamento ticket: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Padiglione 14 – Direzione; Via Gramsci 14/a PARMA .

ATTENZIONE ! Se delega un'altra persona a presentare la sua richiesta deve ricordarsi di compilare anche il "Modulo di Delega"

MODULO AUTORIZZAZIONE (area riservata all'Ufficio Ticket di competenza)

Esaminata la documentazione allegata, si esprime parere:

POSITIVO

Somma da liquidare di (euro) _____

NEGATIVO

motivazione _____

DataCOGNOME NOME e firma dell'operatore che autorizza il rimborso _____