

Alla Direzione Amministrativa D.S.B. n. \_\_\_\_\_ P.O. \_\_\_\_\_

Oggetto: istanza rimborso ticket sanitario.

Il/la sottoscritta \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

chiede

il rimborso della somma di € \_\_\_\_\_ relativa alla prenotazione del \_\_\_\_\_

- per errata prenotazione (allegare copia ricetta e copia modello disdetta)
- per mancata fruizione della prestazione per motivi imputabili ai Servizi Sanitari (vedi dichiarazione del sanitario)
- per mancata fruizione della prestazione per motivi imputabili all'utente (allegare disdetta prenotazione)

con la seguente modalità di pagamento:

per contanti c/o la cassa economica del D.S.B. \_\_\_\_\_ P.O. \_\_\_\_\_

tramite bonifico da accreditarsi sul c/c bancario intestato a: \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

si allega ricevuta originale del pagamento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ firma utente \_\_\_\_\_

**Da compilarsi a cura dei servizi sanitari in caso di mancata fruizione per motivi imputabili all'azienda:**

la prestazione prenotata per il giorno: \_\_\_\_\_ dall'utente \_\_\_\_\_ ?

non è stata effettuata per motivi imputabili al servizio aziendale

data \_\_\_\_\_ firma e timbro del sanitario \_\_\_\_\_

**Da compilarsi a cura della direzione amministrativa del D.S.B. \_\_\_\_\_ / P.O. \_\_\_\_\_**

Si autorizza il rimborso a favore di nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

firma e timbro del direttore amministrativo \_\_\_\_\_

rimborso effettuato il \_\_\_\_\_ cassa economica D.S.B. \_\_\_\_\_ / P.O. \_\_\_\_\_

rimborso a mezzo bonifico

firma responsabile cassa economica \_\_\_\_\_

firma utente per ricevuta pagamento contanti \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

Informativa ai sensi del DLgs 196/2003: I dati riportati nella presente dichiarazione verranno utilizzati solo con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata.