Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Pavia

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia
Sede Legale: Viale Repubblica, 34 - 27100 PAVIA
Codice Fiscale/Partita I.V.A. n. 02613080189
sito internet: www.asst-pavia.it

RICHIESTA DI RIMBORSO

Mod E

All'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia
Ospedale di .....

Il/La sottoscritto/a .....
Nato/a a ..... Provincia (o Stato estero) .....
Residente a ..... Provincia .....
in ..... n° ..... Telefono .....
Email .....
Documento di identità ..... n°.....
Data rilascio ..... / ..... / ..... Rilasciato da .....

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità

CHIEDE

il rimborso di € ..... relativo alla prenotazione n° ..... data ..... / ..... / .....
per la seguente prestazione ..... :

- O **Importo pagato erroneamente in quanto non corrispondente alla prenotazione**
- O **Importo pagato erroneamente in quanto esente da ticket**
- O **Errori di digitazione presso Sportello Automatico**
- O **Pagamenti relativi a prestazioni sanitarie non effettuate** (precisare le motivazioni)

.....

□ *Si allega ricevuta originale di pagamento, copia dell'impegnativa e copia del documento d'identità*

mediante accredito su conto corrente bancario / postale (codice IBAN)

L'ASST di Pavia, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Reg. UE 2016/679). Per ulteriori informazioni si rinvia espressamente all'informativa pubblicata sul sito aziendale al link https://www.asst-pavia.it/node/26094, in quanto applicabile.

Firma del richiedente

Luogo ..... Data ..... / ..... / ..... _____

Vista la domanda e la relativa documentazione acquisita, si autorizza il rimborso di € .....

Operatore ASST Pavia
(indicare MATR. NOME COGNOME Operatore + firma)

_____

Visto si autorizza il Direttore SC Accoglienza, CUP
(indicare NOME COGNOME + firma)

_____