


Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Pavia	RICHIESTA DI RIMBORSO MOD02.727.DAM01.53201/PRO00	ED.1 REV. 00 Ottobre 2019
---	--	--

All'Azienda Socio- Sanitaria Territoriale di
Pavia Ospedale di:

Il/La Sottoscritto/a:

.....

Nato/a a: Provincia (Stato se Estero):

.....

Residente a: Provincia:

.....

In: Via: N: Telefono:

.....

Documento Identità: N: Data Rilascio:/...../.....

Rilasciato Da:

.....

Codice Fiscale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere 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.....in quanto:

- importo pagato erroneamente in quanto non corrispondente alla prenotazione
- importo pagato erroneamente in quanto esente da ticket
- pagamento relativo a prestazioni sanitarie non effettuate (precisare le motivazioni e se sono state regolarmente disdettate)
- errori di digitazione presso lo sportello automatico

*allegare ricevuta originale di pagamento e copia del documento d'identità e del codice fiscale

mediante accredito su conto corrente bancario/postale (indicare IBAN):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, che ha modificato il D.lgs n. 196 del 30.06.03 (Codice Privacy) nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguenti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma del Richiedente:

Luogo: Data:/...../.....

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

Operatore AO Pavia:

(Indicare Matr. NOME COGNOME Operatore + Firma)

Visto si autorizza il Resp. Casse Cup/Acceptaz

(Indicare NOME COGNOME + Firma).

.....

.....