



**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) ..... e  
 Residente a ..... provincia .....  
 in ..... n° ..... telefono .....  
 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 ..... in quanto

- Importo pagato erroneamente in quanto non corrispondente alla prenotazione
- Importo pagato erroneamente in quanto esente da ticket
- Pagamenti relativi a prestazioni sanitarie non effettuate
- Errori digitazione presso sportello automatico

- *Si allega ricevuta originale di pagamento*
- *Si allega copia documento di identità e codice fiscale*

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

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

**Intestato a:**.....

Dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs 196/2003 e s.m.i., 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 ASST Pavia**

(indicare MATRICOLA, NOME COGNOME Operatore + firma)

\_\_\_\_\_

**Visto si autorizza Il Resp. Casse Cup/Acettazione**

(Indicare NOME COGNOME + firma)

\_\_\_\_\_