ASU FC
Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

ALL_01_GEF_PG_09
Allegato alla procedura verifica servizio cassa interno

All'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

Oggetto: Istanza di Rimborso Ticket

Il/la sottoscritt_ _____Tel. _____

nat_ a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n° ___

CHIEDE

il rimborso della somma di Euro _____ erroneamente versata per:

- ○ mancata fruizione della prestazione
  (solo in caso di accertata disdetta effettuata almeno 3 giorni lavorativi precedenti la data fissata per l'esame e/o visita specialistica)
- ○ diritto a esenzione ticket per età e reddito
- ○ categoria invalido _____
- ○ prestazioni a seguito infortunio tutelato da INAIL
- ○ esenzione per patologia
- ○ altro _____
  (eventualmente allegare nota con motivazioni)

Allega:

- ○ originale del documento di pagamento n° _____del _____
- ○ copia della tessera sanitaria elettronica e/o cartacea
- ○ dichiarazione del medico curante con indicazione prestazione e codice esenzione

oppure

- ○ dichiarazione dell'INAIL o certificato medico di infortunio comprendente il periodo in cui è stata chiesta la prestazione
- ○ _____

CHIEDE che il rimborso avvenga:

- ○ in contanti direttamente presso i CUP dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
- ○ con bonifico da accreditarsi sul conto corrente bancario Codice IBAN:

_____ _____ _____
Luogo data Firma

DATA E FIRMA PER RICEVUTA_____

ATTENZIONE: Non è previsto il rimborso autocertificando in un tempo successivo, il diritto all'esenzione per età/reddito oppure, in caso di mancata trascrizione sulla ricetta della esenzione per patologia/invalidità/reddito ecc da parte del medico proscrittore, qualora tale condizione non già registrata al Distretto Sanitario.

Informativa ai sensi dal Regolamento 2016/679/UE e dal D.lgs. n.196/2003 e smi

I dati riportati nella presemnte dchiarazione verranno utilizzati dall'Azienda solo con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata.