

**MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO TICKET/FATTURA**

Il/La sottoscritto/a _____

[illegible]

residente a _____ via/piazza _____ n. _____

email: _____ n. tel./cell. _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., sotto la propria responsabilità

DICHIARA DI ESSERE

- ☐ il diretto interessato o suo delegato (*compilare il campo delega **)
☐ genitore del minore _____ nato il _____ a _____
☐ tutore/curatore/amm. di sostegno di _____ nato il _____ a _____

CHIEDE

all'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo il rimborso della somma di €

Causale rimborso:

- 1 ☐ Disdetta prenotazione
2 ☐ Modifica/integrazione prestazioni prenotate
3 ☐ Non esecuzione di prestazioni prenotate (indicare la motivazione) _____
4 ☐ Variazione dati prenotazione
5 ☐ Prestazione seguita da ricovero
6 ☐ Titolare di esenzione cod. _____ (allegare certificato di esenzione se residente fuori provincia BG)
7 ☐ Altro (specificare) _____

Modalità di rimborso

- [illegible]

N.B.: se il conto corrente è intestato a persona diversa rispetto all'intestatario della prestazione sanitaria, è necessario compilare la *delega* * sotto riportata.

DELEGA RIMBORSO (*)

Nome e cognome del delegante _____

nato/a il / / a residente a

[illegible]**DELEGA**

Nome e cognome del delegato _____

nato/a il / / a residente a

[illegible]

Data _____

_____ (firma richiedente)

Sezione a cura dell'ASST Papa Giovanni XXIII

L'operatore matricola n. _____ qualifica _____ attesta che il rimborso è dovuto e attiva la procedura di rimborso.

Data _____ Firma operatore _____



Informativa privacy

L'informativa completa (trattamento dei dati personali del paziente) redatta ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016, è disponibile presso l'ASST e consultabile sul sito web istituzionale all'indirizzo www.asst-pg23.it, nella sezione privacy. I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

N.B.:

- la prestazione rimborsata non può essere portata a detrazione nella dichiarazione dei redditi;
- il rimborso sarà effettuato, di norma, entro 45 giorni dalla data di presentazione della domanda. Tuttavia, nel periodo compreso tra la metà di aprile 2025 e la fine di giugno 2025, a seguito di una modifica nelle modalità contabili, i tempi di elaborazione potrebbero estendersi fino a un massimo di 60 giorni;
- in caso di rigetto dell'istanza, la relativa comunicazione sarà trasmessa tramite email o posta ordinaria all'indirizzo fornito.

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- ☐ copia della ricevuta/fattura di pagamento;
- ☐ copia documento di identità del richiedente il rimborso (in caso di delega, anche del delegato);
- ☐ eventuale attestazione di “non eseguito” da parte del medico/ambulatorio con motivazione, timbro e firma;
- ☐ eventuale nomina tutore/curatore/amministratore di sostegno.

MODALITA' DI CONSEGNA DELL'ISTANZA:

- ✓ via mail all'indirizzo: protocollo@asst-pg23.it
- ✓ via PEC a ufficioprotocollo@pec.asst-pg23.it
- ✓ tramite posta ordinaria all'indirizzo: ASST Papa Giovanni XXIII - Piazza OMS, 1 - 24127 Bergamo