

**MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO TICKET/FATTURA**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il ____/____/____ a _____ C.F. _____

residente a _____ via/piazza _____ n. _____

email: _____ n. tel./cell. _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75)

DICHIARA DI ESSERE

- ☐ il diretto interessato o suo delegato (*compilare obbligatoriamente 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 € _____, versata per la prestazione sanitaria _____ data prestazione _____

Causale rimborso (barrare la voce che interessa)

- 1 ☐ Disdetta prenotazione nei tempi previsti dalla normativa
- 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 di BG*)
- 7 ☐ Altro (specificare) _____

Modalità di rimborsoA ☐ accredito su conto corrente intestato a _____

IBAN: _____

Se il conto corrente è intestato a persona diversa rispetto all'intestatario della prestazione sanitaria, è necessario compilare la sezione delega*. L'ASST non risponde di eventuali errori derivanti da indicazione inesatta dell'IBAN.

B ☐ assegno di trattenuta presso l'abitazione dell'intestatario della prenotazione (*solo in assenza di conto corrente*)

Data _____

(firma richiedente)

DELEGA RIMBORSO (*)

Il/La sottoscritto/a (delegante) _____ nato/a il ____/____/____ a _____

C.F. _____ residente a _____

via/piazza _____ n. _____

DELEGA

il/la Sig./Sig.ra (delegato/a) _____ nato/a il ____/____/____ a _____

C.F. _____ residente a _____

via/piazza _____ n. _____

Firma delegante _____ Firma delegato per accettazione _____

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.

NOTE:

- la prestazione rimborsata non può essere portata a detrazione nella dichiarazione dei redditi;
- se dovuto, il rimborso sarà effettuato, di norma, entro 45 giorni dalla data di presentazione della domanda;
- in caso di documentazione incompleta, i termini restano sospesi fino all'integrazione;
- l'eventuale rigetto dell'istanza sarà comunicato all'indirizzo indicato dal richiedente (via email o per posta ordinaria)

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: Ufficio Protocollo - ASST Papa Giovanni XXIII - Piazza OMS, 1 - 24127 Bergamo
- ✓ via fax 035.2674100