

Al Dirigente Responsabile
S.S. Gestione Amministrativa Ospedaliera

OGGETTO: Richiesta rimborso ticket/altre prestazioni.

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale

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

nato/a _____ il _____

residente a _____ Via/C.so/P.zza _____ n. _____

CAP _____ tel./cell _____, indirizzo e-mail _____

CHIEDE

☐ per se stesso ☐ per il minore ☐ per il tutelato

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____
indicare cognome e nome del minore o del tutelato

il **RIMBORSO** della somma di € _____ indebitamente versata

Motivo della richiesta di rimborso	Documentazione specifica da allegare
☐ errore di calcolo/digitazione ☐ doppio pagamento	☐ copia della prenotazione rilasciata dalla ASL Città di Torino riportante l'importo corretto del ticket da corrispondere
☐ prestazione non erogata	☐ dichiarazione dell'Ambulatorio/Reparto attestante l'impossibilità di erogare la prestazione
☐ prestazione prenotata/usufruita presso altra ASL ASO o Centro Accreditato	☐ copia della prenotazione per prestazione da effettuare presso altra ASL/ASO o Centro Accreditato
☐ Altro _____ _____	☐ Altro _____ _____

Documentazione da allegare obbligatoriamente per tutte le casistiche

- ✚ copia del **Codice Fiscale e di un documento di identità** del Richiedente e del minore o del tutelato nel caso in cui la richiesta sia compilata per conto di tali soggetti;
- ✚ originale della **ricevuta di pagamento del ticket** rilasciata dal punto automatico di riscossione completa delle parti "copia per l'assistito" e "copia da consegnare all'Ente" **o contabile del bonifico** in triplice copia.

Modalità di rimborso prescelta

☐ **accredito** senza spese a carico del destinatario su:

C/C bancario o postale **IBAN** _____
intestato a _____

☐ **assegno bancario non trasferibile** da inviare, senza spese a carico del destinatario, all'indirizzo indicato

☐ **in contanti** e senza spese presso qualsiasi Agenzia di Banca INTESA SANPAOLO.

Torino, lì _____

Firma del Richiedente _____

Torino, lì _____

Firma dell'Operatore addetto al ritiro _____

Parte riservata all'ASL Città di Torino

Valutata la richiesta e la documentazione prodotta, si autorizza il rimborso di € _____ e, a tal fine, si richiede alla S.C. Gestione Economico Finanziaria l'emissione del relativo Ordinativo di pagamento da eseguire con le modalità indicate dal Richiedente.

Torino, lì _____

su delega del
Dirigente Responsabile
S.S. Gestione Amministrativa Ospedaliera
Il Funzionario con Incarico funzionale organizzativo
