

Alla Direzione Medica di Presidio Unico
GOM “Bianchi Melacrino Morelli” di Reggio Calabria

1. Riservato all'Utente

OGGETTO: Rimborso ☐ Prestazione SSN con Ticket ☐ Prestazione ALPI

La/Il sottoscritta/o _____, nata/o a _____ (____)
il ____/____/____ residente a _____ (____), in Via _____
codice fiscale _____ - Numero di Telefono: _____
e-mail: _____ *in qualità di tutore (in caso di richieste per conto di soggetti minori
o con interdizione) di:* _____ Codice Fiscale: _____ di cui si
allega documento in corso di validità

CHIEDE

il rimborso della somma di € ____/____/____ versata presso gli sportelli riscossione ticket del Presidio Riuniti/Morelli, con
ricevuta n. _____ del ____/____/____ per la seguente motivazione:

- prestazione non eseguita per _____
- prestazione prevista in esenzione con il codice _____
- prestazione il cui ticket è stato erroneamente pagato due volte
- errore materiale dell'Operatore addetto alla riscossione
- altro (specificare): _____

da eseguirsi esclusivamente a mezzo bonifico sul conto corrente bancario cui IBAN è:
_____, intestato a
_____, (se c/c intestato a persona diversa dal richiedente,

apporre firma di consenso e indicazione grado di parentela sul campo DELEGA)

Allega alla presente:

- ricetta SSN
- ricevuta originale di pagamento del ticket
- documento d'identità in corso di validità
- attestazione di prestazione non effettuata con timbro e firma rilasciata dall'unità operativa
- altro (specificare): _____

Reggio Calabria, ____/____/____

FIRMA _____
(con la presente firma, si autorizza altresì il consenso dei dati personali ai fini del GDPR 679/2016)

DELEGA

la/il Sig.ra/r _____, nata/o a _____ (____) il
____/____/____

Codice Fiscale _____ Documento di Identità n. _____

Rilasciato da _____ il ____/____/____, a ritirare/versare su c/c diverso dal
richiedente (sottolineare la voce interessata) il suddetto rimborso. (grado di parentela per versamento su c/c diverso
dal richiedente _____)

Reggio Calabria, ____/____/____

Firma Delegante

*Ai sensi del GDPR n. 679/2016, lo scrivente è informato che i dati personali riportati sono finalizzati solo per l'uso destinato alla presente richiesta
e trattenuti per il tempo necessario a questa Azienda Ospedaliera per le finalità amministrative/contabili. Per info: rpdp@ospedaleirc.it*

2. Riservato all'Unità Operativa/Reparto/Specialista (ALPI)/Operatore CUP

La/il sottoscritta/o _____
ruolo _____, attesta che l'Utente non ha eseguito la prestazione per il seguente
motivo (chiaro e leggibile):

Data: _____

Timbro e Firma

Prot. _____ Data ____/____/____

Al Direttore Gestione risorse economiche e finanziarie
SEDE

Vista la motivazione, si richiede autorizzazione al rimborso a mezzo bonifico bancario

Direzione Medica di Presidio Unico

Prot. _____ Data ____/____/____

Al Responsabile UO Economato
p/c Direttore Medico di Presidio Unico

LORO

SEDI

Vista la motivazione, si richiede autorizzazione al rimborso a mezzo bonifico bancario

Il Direttore UOC Gestione Risorse economiche e
finanziarie
