Alla Direzione Medica di Presidio Unico

Grande Ospedale Metropolitano Bianchi Melacrino Morelli di Reggio Calabria

**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
* altro (specificare): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* da eseguirsi in contanti
* tramite bonifico su c/c bancario IBAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Allega alla presente:

* ricetta SSN
* ricevuta originale di pagamento del ticket
* 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 il suddetto rimborso

Reggio Calabria, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma Delegante**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Al Direttore Gestione risorse economiche e finanziarie

SEDE

Vista la motivazione, si richiede autorizzazione al rimborso a mezzo □ cassa economato – □ bonifico bancario

Direzione Medica di Presidio Unico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Al Responsabile Gestione risorse economiche e finanziarie

p/c Direttore Medico di Presidio Unico LORO SEDI

Vista la motivazione, si richiede autorizzazione al rimborso a mezzo □ cassa economato – □ bonifico bancario

Il Dirigente Il Direttore UOC Gestione Risorse economiche e finanziarie

Dr Giuseppe Gargiulo Dr Francesco Araniti

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rimborsati € \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ a mezzo cassa economato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento d’identità n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma paziente o delegato Firma del cassiere economo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***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: rpd@ospedalerc.it***