

Richiesta Rimborso Ticket Sanitario
All. RIMB-1 Rev03 del 30/12/2022

Al Direttore
U.O. Gestione Amm.va Prestazioni e Attività Ospedaliere
Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana
Via Roma,67 56127 PISA
email: anomalie.pagamentiticket@ao-pisa.toscana.it
email: pec-aoupisana@legalmail.it
Per informazioni contattare :
Tel. 050/993775 – 997129 Fax 050/993704

(SCRIVERE IN STAMPATELLO):

Il /La Sottoscritto/a

Cognome _____ Nome: _____ Codice Fiscale: _____

Residente: _____ Via/P.zza: _____ Num.Civ _____ CAP _____

Email _____ Tel./Cell _____

Ai sensi e per gli effetti della Legge 04/01/1968

Per conto :

- proprio
- del minore Nome _____ Cognome _____ Codice Fiscale _____
- del tutelato Nome _____ Cognome _____ Codice Fiscale _____
- *di altra persona Nome _____ Cognome _____ Codice Fiscale _____

* In questo caso compilare delega e allegare fotocopia documento di identità in corso di validità del delegato

CHIEDE IL RIMBORSO

Per la prestazione prevista in data _____ della somma di euro _____ versata il giorno _____

Mediante Bonifico Bancario su C/C bancario intestato a _____ Codice Fiscale intestatario C/C _____

CODICE IBAN: _____

ATTENZIONE

*Si informa che la richiesta deve essere fatta entro 30 gg dalla data prevista per l'effettuazione della prestazione e che il codice IBAN, nel caso non sia stato comunicato all'atto della compilazione della richiesta di rimborso, può essere inviato via fax allo 050/993704 o per email a anomalie.pagamentiticket@ao-pisa.toscana.it inderogabilmente **ENTRO 10 GIORNI LAVORATIVI** dalla presentazione della richiesta. La pratica, se completa di tutta la documentazione, sarà evasa entro 60 gg dalla data di protocollazione.*

Motivo della richiesta :

- Prestazione non erogata dal reparto Prestazione disdetta dall'utente almeno 48 ore prima dalla data di erogazione Ticket errato
- Altro _____

Documenti da allegare:

- Dichiarazione timbrata e firmata dalla UO/SD erogante di prestazione non fruita
- Copia/e ricevuta/e da rimborsare*
- Copia documento identità in corso di validità dell'intestatario della/e ricevuta/e da rimborsare
- Copia documento identità in corso di validità del delegato (in caso di delega)**
- Altro _____

***Il richiedente si impegna a NON far valere le somme versate, oggetto della presente richiesta di rimborso, ai fini delle detrazioni fiscali, in quanto le ricevute non sono più valide fiscalmente**

Luogo/data _____ Firma leggibile del dichiarante _____

DELEGA RICHIESTA DI RIMBORSO**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

DELEGA

Il Sig.re/a: _____ ai sensi D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445.

A presentare per proprio conto richiesta di rimborso In fede _____

PARTE RISERVATA ALL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA PISANA

Io sottoscritto

N.° Matricola _____ Telefono _____ Reparto _____

Attesto che il richiedente è stato identificato tramite Tessera Sanitaria e che la domanda è completa della documentazione richiesta

Pisa _____ Timbro Reparto e Firma Operatore _____