



AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA

Spedali Riuniti di S. Chiara – Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione



Anomalie Riscuotitori Automatici
All. RA-1 Rev.01 del 30/12/2022

SCRIVERE IN STAMPATELLO

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

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

DICHIARA CHE

In data _____ alle ore _____ ha effettuato una transazione al Riscuotitore automatico n. _____

Presidio Ospedaliero Cisanello Edificio _____ Presidio Ospedaliero S.Chiera Edificio _____

Il riscuotitore ha prodotto la seguente anomalia:

- Non ha emesso la ricevuta di € _____ per la prestazione _____ NRE _____ effettuata c/o il reparto _____ in data _____
- Ha emesso ricevuta n° _____ con nominativo errato
- Non ha erogato il resto di € _____ ha emesso ricevuta n° _____
- Ha erogato un resto di € _____ anziché € _____ ha emesso ricevuta n° _____
- Ha trattenuto la somma di € _____ Ripagato prestazione con ricevuta n. _____

RICHIEDE

- Emissione della ricevuta
- Emissione ricevuta con nominativo esatto
- Il rimborso della somma di euro : _____ versata il giorno _____

Il rimborso sarà eseguito Mediante Bonifico Bancario su C/C bancario intestato a _____ Codice Fiscale intestatario C/C _____

Indicare Codice Iban

CODICE																					
IBAN:																					

ATTENZIONE

Si informa che nel caso il codice IBAN 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.

ALLEGA:

- Originali ricevute pagamento errate
- Copia Tessera Sanitaria e copia foglio prenotazione con dati anagrafici esatti
- Copia Ricevuta Pagamento
- Scontrino di mancato resto rilasciato dal riscuotitore

Luogo/data _____ Firma leggibile del dichiarante _____

DELEGA RICHIESTA

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 _____

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, si informa che i dati personali raccolti nell'ambito della presente richiesta saranno trattati da AOUNP, in qualità del Titolare del trattamento, esclusivamente per l'esecuzione dei propri compiti connessi all'esercizio dei pubblici poteri di cui AOUNP è investita, ai fini della prosecuzione e conclusione del procedimento in esame. I dati acquisiti nell'ambito della procedura saranno conservati sia in formato cartaceo che su supporto informatico in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. Gli interessati potranno esercitare il diritto di ottenere dal Titolare, nei casi previsti, l'accesso ai propri dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (art. 15 e ss. del Regolamento) presentando richiesta ai seguenti recapiti: Direttore Generale: pec-aoupisana@legalmail.it; Responsabile della Protezione dei Dati: responsabileprotezionedati@ao-pisa.toscana.it; nonché proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali. Potrà reperire l'informativa completa sul sito WEB dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana.