REGIONE AUTONOMA FRIULI – VENEZIA GIULIA
AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA N.2 "BASSA FRIULANA - ISONTINA"

RICHIESTA DI RIMBORSO

(ticket, libera professione, pagante in proprio)

All'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana - Isontina":

- ❑ CUP Ospedale di ……
- ❑ CUP sede ……..

Il/la sottoscritto/a ……nato/a a ……

il …… codice fiscale ……....

residente a ……..... in via ……

tel ……..

in qualità di:

- ❑ diretto interessato
- ❑ familiare
- ❑ altro *(specificare)* ……

di: *(nome)* ……. *(cognome)* …… nato/a ……..

il …….. codice fiscale ……. grado di parentela ..……..

C H I E D E

IL RIMBORSO DI € …… IN QUANTO *(barrare la casella che corrisponde al proprio caso)*

- ❑ non è stata effettuata o è stata effettuata in maniera parziale la prestazione sanitaria presso l'ambulatorio/servizio di ……
- ❑ altro motivo *(specificare):* ……

CHE IL RIMBORSO AVVENGA *(barrare la casella che corrisponde al proprio caso)*

- ❑ in contanti presso il Cup
- ❑ con accredito sul corrente bancario IBAN:

- ❑ con assegno all'indirizzo sopra indicato oppure al seguente indirizzo: ……
  ……

ALLEGA alla presente ORIGINALE del pagamento effettuato e ogni altra documentazione utile ad attestare il diritto al rimborso

Il sottoscritto dichiara inoltre: di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 D.Lgs 196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente viene resa.

…… **(data)**

…… **firma per esteso del richiedente**

Riservato Cup AAS2

Cittadino riconosciuto a mezzo documento n. _____ del _____

Operatore responsabile della pratica di rimborso *(sportello, nome, firma)* _____

Mod 2018 – rimborso ticket