



Azienda Sanitaria Provinciale Messina

Via Giuseppe La Farina, 263/n
98123 Messina – P.IVA: 03051870834

Richiesta di rimborso Ticket

Modulo A

Il sottoscritto

Cognome

nome

nato/a

data di nascita

residente a

via e numero

Codice Fiscale

telefono

Chiede

il rimborso del pagamento effettuato in data

di €

a tal fine, dichiara

- di non aver ricevuto le prestazioni sanitarie come attestato dal medico dell'Unità Operativa che avrebbe dovuto erogarle (dichiarazione a cura del medico - Modulo B);
- di non aver effettuato le prestazioni sanitarie in quanto disdette almeno 24 ore prima dell'erogazione;
- che l'importo non è dovuto (specificare la motivazione).

Chiede che il rimborso venga effettuato sul seguente conto corrente:

1. Bonifico bancario IBAN:

2. Intestato a:

Ai sensi del D.lgs. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679, il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati per le finalità della presente richiesta.

Luogo e data

Il Richiedente

da compilare a cura del medico nel caso di prestazione non eseguita

Con la presente, il sottoscritto Dott. _____ del Poliambulatorio

dichiara, che il Sig.

cognome

nome

non ha effettuato la prestazione sanitaria pagata a mezzo:

per i seguenti motivi:

- improvvisa assenza/indisponibilità del medico preposto all'attività ambulatoriale;
- guasto apparecchiatura.

Luogo e data

Firma e timbro
