Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Pavia

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia

Sede Legale: Viale Repubblica, 34 - 27100 PAVIA
Codice Fiscale/Partita I.V.A. n. 02613080189
sito internet: www.asst-pavia.it

RICHIESTA DI RIMBORSO

Mod E

All'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia
Ospedale di……..

Il/la sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... provincia (o stato estero) ..... e

Residente a ..... provincia .....

in ..... n° ..... telefono .....

documento di identità ..... n° ..... data rilascio ..... / ..... / .....

rilasciato da ……..

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità

CHIEDE

Il rimborso di € ..... relativo alla prenotazione n° ..... data ..... / ..... / ..... per

☐ **Importo pagato erroneamente in quanto non corrispondente alla prenotazione**

- ***Si allega ricevuta originale di pagamento***

☐ **Resto non erogato da cassa automatica (Punto Giallo n .....)**

- ***Si allega ricevuta originale rilasciata dal Punto Giallo per mancato/errato resto***
- ***Si dichiara di non aver ricevuto attestazione di mancato/errato resto dal Punto Giallo***

☐ **Pagamenti relativi a prestazioni sanitarie non effettuate: ……..**

- ***Si allega ricevuta originale di pagamento***

☐ **Errori digitazione importo tramite Punto Giallo /P.O.S. ……**

- ***Si allega ricevuta originale di pagamento con evidenza importo errato***

Dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs 196/2003 e s.m.i., nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguenti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma del richiedente

Luogo ..... Data ..... / ..... / .....

_____

Vista la domanda e la relativa documentazione acquisita, si autorizza il rimborso di € .....

Operatore ASST Pavia
(indicare MATR. NOME COGNOME Operatore + firma)

_____

Visto si autorizza Il Resp. Casse Cup/Accettazione
(Indicare NOME COGNOME + firma)

_____

Ricevo in data ..... / ..... / ..... la somma di € ..... (in lettere) .....

Dall'operatore ..... del Presidio di .....

Firma per ricevuta

_____