RICHIESTA RIMBORSO TICKET O DIRITTO SANITARIO NON DOVUTO

COMPILARE IN MANIERA LEGGIBILE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____

via/p.zza _____ n. _____ CAP_____

Tel. _____

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

presenta domanda di rimborso

[ ] per sè

[ ] per il minore _____

[ ] trattasi di ticket [ ] trattasi di diritti sanitari (es. vaccinazioni)

Indicare il motivo per il quale si richiede il rimborso _____

_____

_____

Chiede il rimborso di quanto dovuto tramite:

[ ] Tesoriere dell'Azienda presso tutte le filiali della Cassa di Risparmio di Firenze

[ ] Assegno circolare non trasferibile con spese di spedizione a proprio carico (€ 3,90)

[ ] Versamento su C/C bancario/postale

(per l'accredito su conto corrente il richiedente deve essere intestatario o contestatario del conto):

[ ] Banca _____ [ ] Poste Italiane

C/C intestato a _____

Codice IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

[ ] Chiede il rilascio della relativa certificazione ad uso fiscale (solo in caso di rimborso parziale)

Si ricorda che alla domanda di rimborso devono essere allegate le ricevute di pagamento in originale e copia di un documento di riconoscimento valido.

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679. Per saperne di più sul trattamento dei dati personali consulta il sito:
http://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda

Data _____ Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA SANITARIA

Punto di accettazione _____ Pratica N. _____

Si attesta che ___l___ Sig./Sig.ra _____

ha diritto al rimborso di €_____

in quanto _____

[ ] Si allega una sola ricevuta di pagamento in quanto l'altra deve essere conservata agli atti

Data _____ L'addetto (firma e timbro)

_____

Nota bene:

- Accertarsi che l'utente abbia fornito tutti i dati richiesti
- Allegare sempre le ricevute di avvenuto pagamento in originale o barrare la casella relativa, se una viene trattenuta agli atti
- Per l'accredito su conto corrente il richiedente deve essere intestatario o cointestatario del conto

SST Azienda USL Toscana centro
Servizio Sanitario della Toscana

TPX 4548