ISTANZA DI RIMBORSO

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____/ _____/_____residente a_____

in via/piazza_____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

tel. _____ e-mail_____

in qualità di ☐ diretto interessato ☐ esercente la patria potestà ☐ tutore/amministratore di sostegno ☐ altro (con delega)

Da compilare in caso di persona diversa dal diretto interessato

Nome _____ cognome _____ nato/a a _____

il _____/_____/_____ residente a _____ C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

il rimborso di € _____ a titolo di:

☐ importo ticket con la seguente motivazione:

- ☐ errore prenotazione *(entro 48 ore dalla visita)*
- ☐ mancata prestazione *(come da attestazione del medico/ambulatorio da allegare)*
- ☐ prestazione esente *(specificare esenzione e motivazione)* _____

☐ resto non erogato

Si allegano:

- ☐ ricevute di pagamento (copia utente e copia ente in originale)
- ☐ copia foglio prenotazione
- ☐ copia prescrizione medica
- ☐ copia documento di identità (in caso di delega anche del delegante)
- ☐ attestazione del medico/ambulatorio

MODALITÀ DI RISCOSSIONE

mediante bonifico bancario su c/c intestato a _____

codice IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(commissioni a totale carico del beneficiario)

DELEGA PER LA RISCOSSIONE

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____/_____/_____ residente a _____ via/piazza_____

_____

delega a versare sul conto indicato/riscuotere personalmente per mio conto il/la

sig./sig.ra _____nato/a a _____

il _____/_____/_____ residente a _____via/piazza_____

Il sottoscritto, essendo stato informato con la presente informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, ACCONSENTE con la sottoscrizione del presente modulo, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento UE 2016/679, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti previsti.
Per ulteriori informazioni consultare l'indirizzo: https://www.policlinico.unina.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/2617

Data / / Firma

_____

SPAZIO RISERVATO AL RESPONSABILE DEL FRONT OFFICE

Il/La sottoscritto/a _____
vista la suddetta richiesta e la documentazione allegata, autorizza il rimborso richiesto.

Timbro e firma

_____