

	MODULO	Rev. 0	Pag. 1 di 2
	RICHIESTA ONLINE DI RIMBORSO TICKET/FATTURA PER PRESTAZIONI NON EROGATE	ASSTNM-M-283	

All'Asst Nord Milano
Viale Matteotti, 83
20099 Sesto SG (MI)

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a il/...../.....

Codice fiscale

Residente a Via n.

Tel.....

E-mail.....

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., sotto la propria responsabilità

DICHIARA DI ESSERE

Il diretto interessato (o suo delegato)

Da compilare il caso di delega:

Nome e Cognome del delegato.....

Nato/a a il/...../.....

Codice fiscale

Il genitore del minore.....

Nato il a.....(.....)

Il tutore Il curatore l'Amministratore di sostegno

di.....

Nato il a.....(.....)

CHIEDE

all'ASST Nord Milano il rimborso della somma di € (in lettere) mediante accredito in c/c bancario:

intestato a

IBAN

Banca

allegando la ricevuta/fattura attestante il pagamento

Il/La sottoscritto/a in data non ha usufruito della prestazione sanitaria per i seguenti motivi:

- prestazione sanitaria SSN annullata regolarmente (disdetta effettuata con almeno 3 giorni lavorativi di anticipo rispetto alla data dell'appuntamento) attraverso i canali di prenotazione (sportello CUP, call center regionale, FSE);
- pagamento effettuato erroneamente a questa ASST.

RISERVATO ALL'OPERATORE DELL'ASST NORD MILANO

Dopo aver verificato che la prestazione oggetto dell'allegata ricevuta/fattura non è stata erogata e dopo aver esaminato la documentazione allegata:

si provvede allo storno/nota di credito e al rimborso della ricevuta/fattura n. emessa in data pari ad € (in lettere)

non si provvede

Timbro e Firma dell'Operatore

Luogo e data

.....

Informativa al trattamento dati personali ai sensi degli artt. 13-14 Reg. UE 2016/679:

In riferimento all'informativa relativa al trattamento dei dati personali per finalità istituzionali da lei letta ed esposta presso le sedi dell'Ente si comunica che i dati di cui sopra verranno trattati dall'Ente ai sensi art. 6 par. 1 lett. c) (*Adempimento di obblighi di legge cui è soggetto il titolare del trattamento*) ed, eventuale, art. art. 9 par.2. lett. f) (*Accertamento, esercizio o difesa di un diritto in sede giudiziaria*) del Reg. UE 2016/679 ai fini dell'espletamento della procedura di rimborso in argomento.

Luogo e data Il Richiedente

Si allegano:

- copia del documento d'identità di chi richiede il rimborso (e dell'eventuale suo delegato)
- copia dell'avvenuto pagamento (scontrino POS o carta di credito, quietanza di pagamento, ricevuta PAGOPA)
- copia della ricevuta/fattura di pagamento

N.B. la prestazione rimborsata non può essere portata a detrazione nella dichiarazione dei redditi