ASUGI
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

RICHIESTA DI RIMBORSO

(ticket, libera professione, pagante in proprio)

All'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina:

☐ CUP Ospedale di ……

☐ CUP sede ……..

Il/la sottoscritto/a ……nato/a a ……

il …… codice fiscale ……....

residente a ……... in via ……

tel ……..

in qualità di:

☐ diretto interessato

☐ familiare

☐ altro *(specificare)* ……

di: *(nome)* …… *(cognome)* …… nato/a ……..

il …….. codice fiscale …… grado di parentela ……..

C H I E D E

IL RIMBORSO DI € …… IN QUANTO *(barrare la casella che corrisponde al proprio caso)*

☐ non è stata effettuata o è stata effettuata in maniera parziale la prestazione sanitaria presso l'ambulatorio/servizio di ……

☐ altro motivo *(specificare)*: ……

CHE IL RIMBORSO AVVENGA *(barrare la casella che corrisponde al proprio caso)*

☐ in contanti presso il Cup

☐ con accredito sul corrente bancario IBAN:

☐ con assegno all'indirizzo sopra indicato oppure al seguente indirizzo: ……

……

ALLEGA alla presente ORIGINALE del pagamento effettuato e ogni altra documentazione utile ad attestare il diritto al rimborso

Il sottoscritto dichiara inoltre: di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 D.Lgs 196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente viene resa.

…… **(data)**

…… **firma per esteso del richiedente**

Riservato Cup ASUGI

Mod 2018 – rimborso ticket

Cittadino riconosciuto a mezzo documento n. _____ del _____

Operatore responsabile della pratica di rimborso *(sportello, nome, firma)* _____