

Ticket o tariffe: richiesta di rimborso

Io sottoscritto/a

(nome)

| (cognome)

nato/a il

| a

| Prov.

Stato di nascita

| codice fiscale

residente a

| Prov.

| CAP

via

| n.

domiciliato a

| Prov.

| CAP

via

| n.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail

DICHIARO DI ESSERE

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

☐ il diretto interessato

☐ il genitore (che esercita la responsabilità genitoriale)

del minore (nome)

| (cognome)

nato/a il

| a

| Prov.

☐ il tutore

☐ il curatore

☐ l'amministratore di sostegno

di (nome)

| (cognome)

nato/a il

| a

| Prov.

☐ l'erede

di (nome)

| (cognome)

nato/a il

| a

| deceduto/a il

| a

CHIEDO

► il rimborso

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

di

euro, versati all'Azienda sanitaria indicata sotto

☐ AUSL Modena

☐ AOU Modena (Policlinico di Modena e Ospedale di Baggiovara)

☐ Ospedale di Sassuolo

*barrare l'ente creditore/beneficiario
presente nella ricevuta/fattura*

in data

per una prestazione con sede di erogazione nel comune di

COMUNICO CHE

barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste

☐ ho pagato il ticket per una prestazione, ma sono esente e la prestazione (visita, esami, ecc.)

è già stata riprenotata sulla base di una prescrizione in cui è indicata un'esenzione

☐ ho pagato due volte per errore

☐ ho pagato per errore una tariffa più alta di quella dovuta

☐ la riscuotitrice automatica non ha erogato il resto o lo ha erogato solo in parte
(Attenzione! In questo caso la richiesta può essere presentata **esclusivamente di persona**)

☐ ho pagato il ticket per una prestazione che non è stata eseguita in quanto:

☐ ho rinunciato alla prestazione

☐ non è stato possibile eseguire la prestazione per motivi a carico dell'Azienda sanitaria, come ad esempio sciopero, guasto di apparecchiatura, prescrizione di prestazione non appropriata, ecc. (specificare)

SCELGO DI

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

☐ ricevere l'accredito sul conto corrente bancario o postale a me intestato (barrare questa casella solo se il richiedente è intestatario o co-intestatario del conto corrente)

codice IBAN:

ALLEGRO

- una copia di un documento di identità in corso di validità
- una copia della ricevuta di pagamento
- il documento (originale, non una copia) che attesta la mancata o parziale erogazione del resto da parte della riscuotitrice automatica

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). Le Aziende sanitarie effettuano controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data | firma (per esteso e leggibile)

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Le informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali da parte delle Aziende sanitarie sono disponibili nella sezione privacy dei rispettivi siti internet

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Come chiedere il rimborso

Può presentare la sua richiesta in diversi modi:

- di persona
- per posta elettronica ordinaria o certificata, all'indirizzo sportelloonline@pec.ausl.mo.it per l'**AUSL di Modena e l'Ospedale di Sassuolo** o all'indirizzo affarigenerali@pec.aou.mo.it per l'**Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena** (Policlinico di Modena e Ospedale di Baggiovara), trasmettendo con un unico invio tutta la documentazione (modulo e relativi allegati) altrimenti non sarà possibile prendere in carico la richiesta.

Ricordi che soltanto scrivere da un indirizzo PEC le garantisce la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio.

Nel caso di **mancata o parziale erogazione del resto** da parte della riscuotitrice automatica, può presentare la richiesta **esclusivamente di persona** perché deve allegare il documento originale emesso dalla riscuotitrice (non una copia).

ATTENZIONE! Se delega un'altra persona a presentare la sua richiesta, deve ricordarsi di compilare anche il "Modulo di delega".

Tempi e modalità di risposta

Se la sua richiesta sarà accettata, lei riceverà il rimborso entro 90 giorni dalla data in cui ha presentato la richiesta stessa.

Se la sua richiesta non sarà accettata, lei riceverà una comunicazione scritta entro 30 giorni.



SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA SANITARIA

Esaminata la documentazione allegata, si esprime parere

☐ POSITIVO ☐ NEGATIVO

per i seguenti motivi:

somma da liquidare di euro

data firma e timbro *(Il Referente amministrativo della procedura)*



RICEVUTA DELL' AZIENDA SANITARIA PER IL CITTADINO

Ricevo la richiesta di rimborso

del/della sig/sig.ra

nome cognome

e

☐ copia della ricevuta di pagamento, per l'importo di euro

☐ il documento che attesta la mancata o parziale erogazione del resto da parte della
riscuotitrice automatica, per l'importo di euro

data firma e timbro *(Il Referente amministrativo della procedura)*