

DOMANDA DI RIMBORSO PER PAGAMENTO TICKET NON DOVUTO

Il/La sottoscritto/a: _____ nato/a il: /__/__/__/__/__/__/__/
Cognome Nome

a: _____ e residente a: _____

Via _____ Tel. _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

di richiedere **il rimborso della somma di € _____**, _____ versata all'A.S.L. TO3 per l'effettuazione di visita/esame _____ previsto in data: /__/__/__/__/__/__/__/ presso l'ambulatorio di _____ del Distretto / Ospedale _____

NON DOVUTA PER:

MOTIVO	DOCUMENTI GIUSTIFICATIVI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA
<input type="checkbox"/> PAGAMENTO DOPPIO oppure: <input type="checkbox"/> PRESTAZIONE ANNULLATA dal paziente almeno 2 gg prima della data di esecuzione oppure: <input type="checkbox"/> ERRORE DI DIGITAZIONE oppure: <input type="checkbox"/> PAGAMENTO TICKET PRESSO ASL TO3 PER VISITE EROGATE DA ALTRE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE / PRIVATE	<ul style="list-style-type: none"> ENTRAMBE LE RICEVUTE DI PAGAMENTO (ASL+assistito)
<input type="checkbox"/> PRESTAZIONE NON ESEGUITA per motivi sanitari e tecnici attestati dall'Ambulatorio o Reparto	<ul style="list-style-type: none"> ENTRAMBE LE RICEVUTE DI PAGAMENTO (ASL+assistito) ATTESTAZIONE DEL PERSONALE MEDICO/SANITARIO: Si attesta che non è stato possibile erogare la prestazione al/alla paziente per il seguente motivo: <input type="checkbox"/> indicazioni cliniche contrarie all'esecuzione dell'esame <input type="checkbox"/> apparecchiatura non funzionante <input type="checkbox"/> assenza del quesito diagnostico Firma e timbro del personale medico/sanitario _____
<input type="checkbox"/> VISITE/ESAMI CORRELATI A RICOVERO oppure: <input type="checkbox"/> TICKET PRONTO SOCCORSO per codice colore in dimissione diverso da bianco	<ul style="list-style-type: none"> ENTRAMBE LE RICEVUTE DI PAGAMENTO (ASL+assistito) AUTOCERTIFICAZIONE: Io sottoscritto _____ dichiaro: <input type="checkbox"/> di essere stato/a dimesso/a dal reparto di ricovero in data ____/____/____ <input type="checkbox"/> di essere stato/a dimesso/a dal Pronto Soccorso con codice colore _____ Firma: _____

