# RIMBORSO CORRISPETTIVO PRESTAZIONE SANITARIA

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

Cognome _____ nome _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

codice fiscale _____ residente a _____,

prov. _____ CAP _____ in via _____

recapito telefonico _____ con riferimento alla prestazione sanitaria del _____ presso la struttura ambulatoriale _____

prenotata per:

☐ se stesso /a

☐ per il/la sig./ra _____ grado di parentela o di affinità _____,

**CHIEDE IL RIMBORSO TOTALE/PARZIALE** dell'importo versato nella misura di €. _____,

in quanto: ☐ Errato conteggio dell'importo del ticket; ☐ Prestazione altro ente (es. A.S.L. AL)

☐ Impedimento non dipendente dalla propria volontà; ☐ Doppio pagamento;

☐ Altro (specificare): _____;

ed all'uopo allega la ricevuta (in originale) attestante l'avvenuto pagamento, la documentazione comprovante il diritto al rimborso, la fotocopia di un documento d'identità dell'avente diritto.

**PRENDE ATTO** che il rimborso avverrà entro 60 giorni dalla richiesta.

**CHIEDE** che il rimborso richiesto avvenga:

☐ a mezzo bonifico bancario, con spese a proprio carico di € 1,50 per importi superiori a € 150,00, al seguente conto corrente italiano:

ISTITUTO BANCARIO _____

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

☐ all'indirizzo di cui sopra a mezzo assegno di traenza

Alessandria,_____

_____
firma del richiedente

---

AOU AL Azienda Ospedaliero Universitaria di ALESSANDRIA
Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo

Valutate le motivazioni suesposte e la documentazione allegata, trasmessa dall'operatore _____, si dispone il rimborso richiesto.

il dirigente amministrativo

Alessandria,_____

_____