

RICHIESTA RIMBORSO TICKET

Il sottoscritto/a

nome _____ cognome _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____
telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____

in qualità di:

diretto interessato familiare altro (specificare) _____

di: nome _____ cognome _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ grado di parentela (specificare) _____
residenza (se diversa) _____ codice fiscale _____

CHIEDE

il rimborso della somma di € _____, ricevuta n. _____ del _____

erroneamente corrisposta a fronte di:

(indicare la prestazione effettuata) _____

fruita in data _____ presso _____

per i seguenti motivi:

A tal fine si allega, oltre alla ricevuta di pagamento, l'eventuale documentazione (Impegnativa / Giustificativo per prestazione non effettuata rilasciato dal Medico erogante e/o ambulatorio) attestante il diritto al rimborso.

Il/la sottoscritto/a richiede che il rimborso sia effettuato con accredito su c/c bancario n. _____ intestato a _____ Codice IBAN _____.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e art. 13 del Reg. UE 2016/679:

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1,, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (art. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

Data _____ firma (per esteso) _____

Riservato ASL CN1

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

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. _____ Data _____
Il dipendente addetto _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo serve agli assistiti che, in base alla normativa vigente, possono richiedere il rimborso del ticket pagato per prestazioni di tipo diverso (prestazioni non effettuate, prestazioni effettuate solo parzialmente, prestazioni erogate in difformità a quanto prescritto). A tal fine deve essere consegnato presso qualunque sportello cassa o dell'ospedale o del territorio.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il modulo di richiesta è compilato dall'interessato o, in alternativa, dai soggetti sotto indicati:

- genitore esercente la potestà
- tutore
- interessato con assistenza del curatore
- coniuge, figlio o altro parente in linea diretta fino al 3° grado

MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

- a) Consegnato allo Sportello centrale o periferico multifunzionale ASL CN1 e sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto*, ovvero sottoscritto e presentato unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art 38, comma 3 DPR 445/2000)
- b) *firmato e spedito per posta, telefax, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it, allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore*
- c) *firmato digitalmente dal sottoscrittore e trasmesso all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it*

(*nel caso in cui l'utente scelta la modalità di consegna di cui al punto a) l'operatore di Sportello procederà alla rilevazione del n. di carta d'identità compilando la parte: "Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. Data Il dipendente addetto").

Avvertenze

- NON sono rimborsabili:
 - le prestazioni pagate, non effettuate e non disdettate entro i termini previsti
 - le prestazioni per le quali non sia stato indicato sull'impegnativa il codice di esenzione per patologia, anche se aventi diritto
 - le prestazioni per le quali non sia stato indicato sull'impegnativa il codice di esenzione per reddito, anche se titolari di esenzione.
- Alla richiesta inviata con le modalità indicate al punto b) deve essere allegata fotocopia di documento di identità in corso di validità del richiedente
- se la richiesta viene fatta da una persona delegata è obbligatorio allegare delega scritta alla compilazione della presente richiesta e fotocopia del documento di identità in corso di validità del delegante
- si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- Ricevuta di pagamento Ticket si cui si richiede il rimborso (in originale)
- Eventuale documentazione attestante il diritto al rimborso richiesto

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

Il rimborso ticket viene effettuato dalla S.C. Bilancio e Contabilità.

RIFERIMENTI

Sportelli distrettuali	http://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/sportelli-cassa-distrettuali/
Sportelli dei Presidi ospedalieri	http://www.aslcn1.it/azienda/sovrintendenza-sanitaria-del-presidi-ospedalieri/cup/sportelli-cassa/