

Oggetto: Richiesta Rimborso Ticket

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ Via _____

n. telefono _____

Per conto: ☐ Proprio ☐ del minore ☐ del tutelato

Nome (solo nel caso sia diverso dal richiedente): _____

CHIEDE

Il rimborso della somma di euro: _____ (_____),
di cui alla ricevuta allegata alla presente, per il seguente motivo:

dichiara che il giorno: ____/____/____ non è stato effettuato l'esame- visita- prestazione
per il seguente motivo _____

Pertanto chiede che l'importo del ticket di cui sopra mi venga rimborsato:

mediante: ☐ assegno bancario ☐ bonifico bancario /Postale ☐ mediante quietanza sportello BNL

Paese	Check	cin	ABI	CAB	C/C
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Palermo, _____

Firma del Richiedente _____

Il Responsabile Medico dell'Ambulatorio dichiara che non è stato possibile effettuare la prestazione per il seguente motivo: _____

Firma e Timbro del Resp.le Medico _____

Il Responsabile della cassa ticket effettuati i controlli Amministrativo contabili, in considerazione della dichiarazione del Responsabile Medico, dichiara che l'importo di cui sopra risulta incassato con la fattura/ricevuta n. del che si allega in copia alla presente, unitamente alla fotocopia della ricetta, del documento di riconoscimento e del codice fiscale.

Firma e Timbro del Cassiere _____

Visto l'art.6 del regolamento dell'attività di riscossione delle casse aziendali adottato con deliberazione n. del che disciplina le procedure per il rimborso agli assistiti della quota ticket;

Visti i controlli effettuati dal Resp.le Medico per la parte sanitaria e del responsabile della cassa ticket per la parte amministrativa, autorizza il rimborso di cui sopra, per il tramite dell'U.O.C Contabilità Generale e Gestione Tesoreria.

Timbro e Firma del Direttore della macro struttura _____