**Modulo RICHIESTA DI RIMBORSO TICKET PER PRESTAZIONI NON EROGATE**

(pagamento avvenuto oltre i 5 giorni dalla data della richiesta di rimborso)

Il sottoscritto/a (nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_

via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono fisso o cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice prenotazione N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

importo pagato pari a Euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **DICHIARO DI ESSERE**

il diretto interessato

il genitore (con la potestà legale) del minore (NOME COGNOME) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

delegato dal cittadino (NOME COGNOME) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(allegare **delega** e **copia documento d’identità** sia del delegato che del delegante, in corso di validità)

il tutore/il curatore/l’Amministratore di sostegno di (NOME COGNOME) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **CHIEDO**

Il rimborso della/e prestazione/i indicata/e nella ricevuta di prenotazione allegata alla presente.

1. **MOTIVO**

Ho pagato il ticket per una prestazione che non è stata effettuata (**allegare attestazione U.O. di *prestazione non erogata***).

1. **SCELGO DI**

Ricevere il **rimborso** **a mezzo bonifico** sul conto corrente bancario **intestato**

**a**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Codice IBAN**:


La **richiesta di rimborso a mezzo bonifico** può essere effettuata anche via email, inviando il presente modulo compilato ed una copia del proprio documento di riconoscimento all’indirizzo **ufficio.ticket@aocardarelli.it**.

Ricevere il **rimborso in contanti** presso gli sportelli preposti dell’Ufficio Ticket (A.O.R.N. *A. Cardarelli*- Padiglione P- Via A. Cardarelli, 9 Napoli) dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 17.00, il sabato dalle ore 8.00 alle 12.00.

1. **ALLEGO**

Copia di un documento di identità in corso di validità

Ricevuta di pagamento

Ricevuta di prenotazione con annotazione del medico circa la prestazione non erogata

1. **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 (DPR 445/2000 TU sulla documentazione amministrativa).

I dati da lei forniti sono utilizzati, nel rispetto della normativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell’art.13 del Regolamento UE 2016/679 – GDPR.

Luogo, Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **DICHIARO L’AVVENUTO RIMBORSO IN CONTANTI**

Luogo, Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_