Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Gaetano Pini **U.O.S CUP e Accoglienza**	**MODULO** **RICHIESTA DI RIMBORSO**	Codice: PS/5.4 Rev.1 Data:28/10/19

All'Ufficio Recupero Crediti
SEDE

Da consegnare allo sportello CUP, alle segreterie di reparto o all'URP

Il/la sottoscritto/a …….. nato/a a ……..

il …….. Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

residente a …….. (……) via/p.zza ……..n°.....

C.A.P. …….. Tel. ……..mail ……..

chiede il rimborso per sé o per il minore della ricevuta/fattura n° …….. del……..

pari a € …….. (che si allega in originale) relativa al pagamento della seguente prestazione (barrare la prestazione per la quale si chiede il rimborso):

- ❑ ticket prestazione ambulatoriale
- ❑ ticket prestazione Pronto Soccorso
- ❑ ticket per intervento in regime ambulatoriale BIC
- ❑ altro ……

per le seguenti motivazioni (barrare la motivazione per la quale si chiede il rimborso)**:**

- ❑ mancata fruizione della prestazione per cause non ascrivili al richiedente, e precisamente:

Motivazione:	Timbro e sigla medico:

- ❑ altro ……

Si prende atto che il rimborso avverrà ove possibile al momento e in contanti ovvero mediante accreditamento sul c/c bancario presso l'Istituto

……di ……..

intestato a ……

IBAN ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Data …… **Firma** ……

Ricevuto in data …… **Matricola Operatore** ……

Progressivo …… **Firma Operatore** ……