POLIMEDICA CODESSFVG	**CODESS FRIULI VENEZIA GIULIA** Sistema di Gestione Integrato ISO 9001 – ISO 14001 Servizio di Segreteria e Reception
	MODULO DI RICHIESTA DI RIMBORSO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ (____) codice fiscale _____

residente a _____ (____) CAP _____

in Via/Piazza _____

Tel. _____ Mail _____

avendo versato l'importo complessivo di € _____ relativo alle prestazioni sanitarie fruite come specificato nella/e fattura/e *(barrare la persona intestataria della ricevuta)*:

☐ a me intestata/e

☐ intestata/e a *(persona di cui sono tutore/genitore)* _____

Fattura n° _____ del _____ importo pagato € _____

Fattura n° _____ del _____ importo pagato € _____

CHIEDE

Il rimborso della somma di € _____ versata per:

☐ mancata fruizione della prestazione

☐ diritto a esenzione ticket per età/reddito/patologia *(allegare copia della tessera sanitaria elettronica e/o cartacea o dichiarazione del medico curante con indicazione prestazione e codice esenzione)*

☐ altro _____

Il rimborso avverrà con bonifico da accreditarsi sul conto corrente bancario Codice IBAN:

Allegati:

- Copia della/e fattura/e di cui si chiede il rimborso
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante il diritto all'esenzione del ticket *(se rimborso relativo a pagamento Ticket)*

Pradamano, _____

Il/La Dichiarante (firma per esteso e leggibile)

_____

Io sottoscritto/a dichiaro inoltre, ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati-REG UE 2016 / 679, di essere stato/a informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.