

# ISTANZA di RIMBORSO

A Presidio Ospedaliero Villa Letizia  
S.S. 80 n° 25/B  
67100 L'Aquila (AQ)

## Oggetto: istanza di rimborso

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

## CHIEDE

il rimborso per sé  / per il minore  \_\_\_\_\_ della somma di € \_\_\_\_\_  
(in lettere \_\_\_\_\_) allegando la ricevuta attestante il pagamento.

per il seguente motivo:

*(barrare con una X il motivo che ricorre)*

- pagamento Ticket in eccesso rispetto al dovuto;
- non ha usufruito della prestazione per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_;
- interruzione delle prestazioni sanitarie disposta dal Medico effettuate presso il servizio/ambulatorio
- mancata trascrizione della esenzione sulla ricetta da parte del medico proscrittore;
- errore nella registrazione dei dati (omonimia, residenza, prestazione);
- altro \_\_\_\_\_;

Il/La sottoscritto/a chiede che il rimborso avvenga mediante *(barrare con una X la forma di pagamento prescelta)*:

- assegno di traenza non trasferibile da inviare all'indirizzo sopra riportato;
- accredito in c/c bancario: IBAN \_\_\_\_\_  
intestato a \_\_\_\_\_

Si allega originale della ricevuta di pagamento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma. \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del D.Lgs 196/2003**

*I dati riportati nella presente dichiarazione verranno utilizzati da Presidio Ospedaliero Villa Letizia Srl solo con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata.*