**Allegato A**

Alla Direzione Generale

Ufficio Protocollo

Via Piscinas 5

08045 Lanusei

protocollo@aslogliastra.it

protocollo@pec.aslogliastra.it

# OGGETTO: Richiesta rimborso.

Il/La sottoscritto/a \_ Codice Fiscale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

nato/a il residente a Via/C.so/P.zza n. CAP tel./cell , indirizzo e-mail

# CHIEDE

□ per se stesso □ per il minore □ per il tutelato

Cognome e Nome Codice Fiscale

indicare cognome e nome del minore o del tutelato

il **RIMBORSO** per prestazioni effettuate ai sensi del “Percorso di tutela

aziendale”, e a tal fine

**DICHIARA**

(Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

* che in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ si è rivolto allo sportello CUP ASL Ogliastra sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e in quell’occasione è stata/o informata/o che il primo posto per effettuare la prestazione era disponibile presso la Struttura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per il giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 e pertanto di non aver potuto usufruire della prestazione entro i tempi di garanzia previsti.

**DICHIARA ALTRESÌ**

* di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.
* di sapere che l’Azienda ASL 4 dell’Ogliastra si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità di quanto dichiarato (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000

# Documentazione da allegare

copia della **tessera sanitaria** **e di un documento di identità** del Richiedente (e del minore o del tutelato nel caso in cui la richiesta sia compilata per conto di tali soggetti);

  **fotocopia della prescrizione medica per visita specialistica o esame diagnostico completa di classe di priorità assegnata dal medico prescrittore, indicazione di prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi, quesito diagnostico**;

  prima data disponibile comunicata in fase di prenotazione ( modulo o numero della prenotazione effettuata);

fattura quietanzata relativa a visita specialistica o esame diagnostico effettuato;

  numero IBAN di conto corrente bancario sul quale effettuare il rimborso.

Si autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali ai sensi del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. (c.d Codice Privacy), nonché della regolamentazione ASL Ogliastra al riguardo, al fine della presente istanza.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

**REGIONE SARDEGNA**

**Asl Ogliastra**

# Modalità di rimborso prescelta

* **accredito** senza spese a carico del destinatario su:

**C/C** bancario o postale **IBAN** \_ intestato a

Data Firma del Richiedente

Data Firma dell’Operatore addetto al ritiro

**Parte riservata all’ASL Ogliastra**

Vista la documentazione prodotta e preso atto dell’esito di valutazione di appropriatezza della prestazione da parte di un professionista della disciplina di riferimento appartenente alla ASL n. 4 Ogliastra/SSR, si autorizza il rimborso di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e, a tal fine, si richiede alla S.C. Bilancio l’emissione del relativo Ordinativo di pagamento da eseguire con le modalità indicate dal Richiedente.

Data

 Il Funzionario delegato