



**Azienda Ospedaliero - Universitaria  
“Policlinico – G. Rodolico – San Marco”  
Catania**

## MODULO A

### ISTANZA DI RIMBORSO TICKET

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a..... il ...../...../.....

Codice fiscale.....

Residente a..... Via..... n°.....

Tel. ..... E-mail.....

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritieri previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss. mm. ii. sotto la propria responsabilità

#### DICHIARA DI ESSERE

- Il diretto interessato (o suo delegato)

**Da compilare in caso di delega:**

Nome e Cognome del delegato.....

Nato/a a ..... il ...../...../.....

Codice Fiscale.....

- Il genitore del minore (*Nome e Cognome*) .....

Nato il..... a..... (...)

Codice fiscale.....

- Il tutore       il curatore       l'amministratore di sostegno

Di (*Nome e Cognome*) .....

Nato il..... a ..... (...)

Codice fiscale.....

Il/la sottoscritto/a in data..... non ha usufruito della prestazione sanitaria da eseguirsi presso l' Unità Operativa di .....

Per i seguenti motivi:

---

---

### CHIEDE

All' Azienda Ospedaliero – Universitaria “Policlinico – G. Rodolico – San Marco” di Catania

Il rimborso della somma di €..... (in lettere.....)

mediante accredito in c/c bancario intestato a.....

IBAN .....

Banca.....

Con la presente si autorizza l'Azienda al trattamento dei propri dati personali, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo 2016/679 GDPR.

Chiede, altresì, che ogni comunicazione venga inoltrata:

all' indirizzo email \_\_\_\_\_

Luogo e data

Il richiedente

.....

Si allegano:

- Copia fronte/retro del documento d'identità e tessera sanitaria del paziente/richiedente (e dell'eventuale delegato/genitore/tutore/curatore/amministratore di sostegno)**
- Copia dell'avvenuto pagamento (fattura, scontrino POS o carta di credito, quietanza di pagamento, ricevuta PAGOPA)**
- Copia fronte/retro della carta d'identità e tessera sanitaria dell'intestatario dell'IBAN**
- Modulo B (attestazione di mancata erogazione della prestazione)**