



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 veritiere 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
- ☐ all' indirizzo di residenza

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)**