SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 5

RICHIESTA DI RIMBORSO

□ Ticket
□ Altre Prestazioni

Al Direttore Sanitario del P.O./Distretto di:

_____

Il/La Sottoscritto/a

Cognome:

Nome:

Città:

Via/Piazza: N. Civico

Codice Fiscale: Tel./cell.

Per conto: ☐ proprio ☐del minore ☐ del tutelato

Nome (1): _____

CHIEDE

Il rimborso della somma di €_____, per somme indebitamente pagate per:

☐ Errore di calcolo ☐ Doppio pagamento ☐ Rinuncia alla prestazione

☐Altro _____

MEDIANTE:

☐ accredito su C/C Bancario o Postale **IBAN**_____**(senza spese a carico del destinatario);**

☐ riscossione presso gli Sportelli bancari di Unicredit Spa **in contanti e senza spese;**

☐ assegno circolare non trasferibile da inviare all'indirizzo sopra riportato **(con spese a carico del destinatario);**

Il rimborso verrà eseguito con l'emissione dell'Ordinativo di pagamento da parte della UOS Tesoreria e comunicato all'utente tramite Lettera .

Si allega:

- Originale della ricevuta di pagamento (sia la copia per l'assistito che la copia per l'ASL);
- Altro _____

Data_____ Firma del richiedente _____

Parte riservata all'Azienda USL Roma 5

Vista la documentazione, si autorizza il rimborso di €_____

Si trasmette alla UOC Bilancio e Contabilità - Tesoreria per l'emissione dell'Ordinativo dipagamento da eseguire con le modalità richieste dall 'assistito.

Il Dirigente Responsabile o suo Delegato
(indicare la struttura di appartenenza)

Data _____

(') Indicare il nome del minore o del tutelato