SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CATANZARO
Via Vinicio Cortese, 25
88100 Catanzaro
P.I./C.F. 02865540799

REGIONE CALABRIA

Alla Direzione S.O.C. G.R.E.F.

Oggetto: Richiesta rimborso.

Il/La sottoscritto/a……

nato/a…….. (……..) il ……./……./……

residente in …… (……..)

Via……N……

Telefono…… E-Mail……

Codice Fiscale

CHIEDE

Il rimborso della somma di € …….. (……)

A. **Per mancata fruizione della prestazione, regolamente disdettata;**
B. **Per mancata trascrizione della esenzione sulla ricetta da parte del medico;**
C. **Erroneamente versata, essendo il sottoscritto esente;**
D. **Altro…….**

Ad ogni buon fine ALLEGA alla presente:

A. **Copia della tessera sanitaria (TEAM) o di documento d'idenntità (obbligatorio per poter effettuare i rimborso;**
B. **<u>Originale</u> della quietanza o bollettino di conto corrente (obbligatorio per poter effettuare il rimborso)**
C. **<u>Originale</u> dell'impegnativa (nell'ipotesi di mancata fruizione della prestazione, regolamente disdettata)**
D. **Copia della disdetta (solo nell'ipotesi della casella "A")**
E. **Attestazione rilasciata dalla U.O. interessata, di prestazione non effettuata (solo nell'ipotesi della casella "B")**

MODALITA' CON CUI DEVE AVVENIRE IL RIMBORSO:

A. **Quietanza presso sportello bancario;**
B. **Accredito in C/C Bancario/postale (spese a carico del sottoscritto) sul seguente Codice IBAN:**

……

FIRMA LEGGIBILE

_____

(SPAZIO RISERVATO ALLUFFICIO)

SI ATTESTA CHE IL SIG./RA_____
NON ha usufruito della prestazione per cui ha chiesto il rimborso del versamento indicato. Pertanto la somma richiesta deve essere rimborsata

_____ (luogo e data)

_____ (firma e timbro del Responsabile)

(RICEVUTA DA CONSEGNARE ALL'UTENTE)

Richiesta rimborso N°_____ di €_____ (_____)

_____ (luogo e data)

_____ (firma e timbro del Responsabile)