

Modulo RICHIESTA DI RIMBORSO TICKET PER PRESTAZIONI PRENOTATE NON EROGATE

Il sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
codice fiscale _____
residente a _____ Prov. _____ CAP _____
via _____ n° _____
telefono fisso o cellulare _____ e-mail _____
codice prenotazione N. _____ del _____
importo pagato pari a Euro _____

1. DICHIARO DI ESSERE

- ☐ il diretto interessato
- ☐ il genitore (con la potestà legale) del minore (NOME COGNOME) _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
- ☐ delegato dal cittadino (NOME COGNOME) _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
(allegare **delega** e **copia documento d'identità** sia del delegato che del delegante, in corso di validità)
- ☐ il tutore/il curatore/l'Amministratore di sostegno di (NOME COGNOME) _____
_____ nato/a il _____ a _____ Prov. _____

2. CHIEDO

- ☐ La disdetta dell'appuntamento ed il rimborso della/e prestazione/i indicata/e nella ricevuta di prenotazione allegata alla presente, poiché non è stato/sarà possibile effettuare la prestazione nel giorno previsto, per il seguente motivo non dipendente dal richiedente (a titolo esemplificativo rottura improvvisa dell'apparecchiatura indispensabile all'erogazione della prestazione o sopravvenuta impossibilità del professionista ad eseguirla):
- _____

OVVERO

- ☐ La disdetta dell'appuntamento ed il rimborso della/e prestazione/i indicata/e nella ricevuta di prenotazione allegata alla presente, nelle 48 ore antecedenti l'appuntamento per il seguente grave motivo:

- ☐ Copia di un documento di identità in corso di validità
- ☐ Ricevuta di pagamento
- ☐ Impegnativa
- ☐ Ricevuta della prenotazione (Promemoria di Accesso)
- ☐ Delega e Copia di un documento di identità in corso di validità del Delegante

- ☐ Autocertificazione dello Stato di famiglia (in caso di minore)
- ☐ Attestazione di riconoscimento quale tutore/curatore/Amministratore di sostegno

SONO CONSAPEVOLE CHE

Le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (DPR 445/2000 TU sulla documentazione amministrativa).

I dati da lei forniti sono utilizzati, nel rispetto della normativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 2016/679 – GDPR.

Luogo, Data _____ Firma _____

Vista l'istanza si autorizza il rimborso

Il Direttore Amministrativo

il Direttore Sanitario/Responsabile

DICHIARO L'AVVENUTO RIMBORSO IN CONTANTI

Luogo, Data _____ Firma _____