



## 01\_TICKET: MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO

Io sottoscritto/a (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_  
Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Stato di nascita \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Telefono (fisso o cellulare) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### 1- DICHIARO DI ESSERE

- Il diretto interessato
- Il genitore (Con la potestà legale)  
Del minore (NOME COGNOME) \_\_\_\_\_  
Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_
- Il tutore      Il curatore      l'Amministratore di sostegno  
Di (NOME COGNOME) \_\_\_\_\_  
Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

### 2- CHIEDO

Il rimborso di ..... euro versati in data [...../...../.....]  
per una prestazione (indicare ambulatorio) con sede presso:

**Comune di** \_\_\_\_\_

**Ambulatorio** \_\_\_\_\_

### 3- MOTIVO

- Ho pagato il ticket per una prestazione, ma sono esente. Allegare copia attestato esenzione ticket o autocertificazione.
- Ho pagato il ticket per una prestazione che non è stata effettuata. Allegare eventuale certificazione della struttura.
- Ho pagato il ticket per una prenotazione che ho regolarmente disdetto.
- Altro \_\_\_\_\_

#### 4- ALLEGO

- Una copia di un documento di identità in corso di validità
- Una copia della ricevuta di pagamento

#### 5- SCELGO DI

- Ricevere l'accredito sul conto corrente bancario o postale a me intestato (*barrare questa casella solo se il richiedente è intestatario o co-intestatario del conto corrente*):

Codice IBAN: \_\_\_\_\_

- Ricevere l'autorizzazione (mandato) per l'erogazione del rimborso in contanti presso uno sportello bancario di Intesa San paolo. ([www.intesasanpaolo.com](http://www.intesasanpaolo.com); "ricerca filiali vicino a te")

#### 6- 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). L'Azienda Usl di Parma effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

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.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### 7- IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE E CONSEGNATO ATTRAVERSO UNA DELLE SEGUENTI MODALITÀ:

- ✓ Via e-mail all'indirizzo **[rimborsoticket@ausl.pr.it](mailto:rimborsoticket@ausl.pr.it)**;
- ✓ Di persona presso:
  - ✓ **Distretto di Parma**  
**Parma** - Ufficio Ticket - Distretto di Parma (piano terra) - Strada del Quartiere 2/A  
Orari di apertura: lunedì e mercoledì dalle 9 alle 13 e giovedì dalle 14.30 alle 17  
**Colorno** - Accettazione - Casa della Salute - Via Suor Maria 3  
Orari di apertura: da lunedì a venerdì dalle 8 alle 13.45
  - ✓ **Distretto di Fidenza**  
**Fidenza** - Punto di accoglienza - Ospedale di Vaio - via Don Enrico Tincati 5  
Orario di apertura: da lunedì a venerdì dalle 8 alle 17
  - ✓ **Distretto Sud Est**  
**Langhirano** - Casa della Salute - via Roma 42/1,  
Orario di apertura: da lunedì a venerdì dalle 9 alle 13, giovedì anche dalle 14.30 alle 17
  - ✓ **Distretto Valli Taro e Ceno**  
Sportelli unici/Cup di Borgotaro, Fornovo e Bardi

**ATTENZIONE!! Se delega un'altra persona a presentare la sua richiesta deve ricordarsi di compilare anche il "Modulo di Delega"**

## MODULO AUTORIZZAZIONE (area riservata all'Ufficio Ticket di competenza)

Esaminata la documentazione allegata, si esprime parere:

POSITIVO

Somma da liquidare di (euro) \_\_\_\_\_

NEGATIVO

motivazione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

COGNOME NOME e firma dell'operatore che autorizza il rimborso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_