

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; "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**;
- ✓ 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,
Orari 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 _____
