

Lido di Camaiore li. _____

Azienda U.S.L. 12 di Viareggio
Ufficio Relazioni Pubbliche

Azienda USL 12 Viareggio



Oggetto: **Richiesta Rimborso Ticket**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo _____
n. telefono _____

CHIEDE

il rimborso del Ticket mediante: assegno circolare bonifico bancario

IBAN _____

di € _____ per la seguente prestazione

effettuata / da effettuarsi il _____ presso _____
reparto / ambulatorio / laboratorio

di cui alle due ricevute allegate alle presenti, per il seguente motivo:

- importo pagato diverso dall'importo della prestazione per la parte differenziale
- soggetto esente per invalidità, infortunio (INAIL)
- prestazione non effettuata, per la seguente causa imputabile all'Azienda Sanitaria

- prestazione effettuata in altra struttura specialistica convenzionata con l'Azienda USL e prenotata in data antecedente al pagamento effettuato

- altro (da specificare e documentare)

Firma Utente

Spazio riservato all'URP

Esaminata la richiesta e la documentazione a corredo si propone:

- l'accoglimento dell'istanza
- il diniego del rimborso per la seguente motivazione

Il Responsabile dell'URP o Suo delegato
