



Spett.le A.S.Re.M.
S. C. Integrazione Ospedale Territorio e Sociosanitaria
asrem@pec.it

Oggetto: Richiesta di rimborso.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

C. F. _____

residente a _____ via _____

tel. _____

e-mail _____

CHIEDE

il rimborso per prestazioni effettuate presso uno specialista privato, ai sensi del "Percorso di tutela aziendale", e a tal fine

DICHIARA

di non aver potuto usufruire della prestazione entro i tempi di garanzia previsti, come risulta dal promemoria di prenotazione rilasciato dal PASS-CUP (art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000) e/o dall'attestazione di inserimento in Prelista,

DICHIARA ALTRESÌ

- di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.;
- di sapere che l'A.S.Re.M. si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità di quanto dichiarato (art. 71, comma 1, del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000).

A tal fine allega alla presente:

- fotocopia impegnativa prescrizione medica;
- promemoria di prenotazione rilasciato dal PASS-CUP aziendale dal quale si evince la prima data utile offerta dall'Azienda o attestazione di inserimento in Prelista;
- la fattura quietanzata;
- fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;
- fotocopia tessera sanitaria;
- coordinate IBAN del conto corrente sul quale effettuare il rimborso.

Si autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali ai sensi del Regolamento U. E. 679/2016 (GDPR) e del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. (c. d. Codice Privacy), nonché della regolamentazione A.S.Re.M. al riguardo, al fine della presente istanza.

Data _____

Firma _____