



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 \_\_\_\_\_