



## Informazioni e istruzioni per rimborsi

A cura dell'URP e Comunicazione

<p><b>E' possibile ottenere il rimborso del ticket di una prestazione non eseguita ?</b></p> 	<p><b>Si è possibile.</b> Per ottenere il rimborso del ticket è necessario presentare richiesta all'Azienda Sanitaria ASP CZ su apposito modulo (MOD. RIMBORSO) e allegare la quietanza di pagamento con la segnalazione di mancata esecuzione della prestazione.</p>
<p><b>Requisiti necessari</b></p> 	<p>Mancata esecuzione della prestazione per :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. volontà dell'utente previa disdetta effettuata almeno 48 ore prima</li><li>2. Impedimento oggettivo dell'utente da certificare con idonea documentazione (es. certificato Medico e/o altro titolo valido)</li><li>3. Per motivi organizzativi dell'Azienda</li></ol>
<p><b>Documentazione da Presentare</b></p> 	<p>- Richiesta di rimborso ticket reperibile, prestampato, presso gli sportelli C.U.P.; URP del territorio, oppure sul sito internet dell'azienda <a href="http://www.asp.cz.it">www.asp.cz.it</a> - Originale della ricevuta di versamento</p>
<p><b>Modi di erogazione</b></p>	<p>Il rimborso verrà effettuato tramite accredito su CC Bancario o Postale o assegno bancario spedito direttamente a casa del richiedente, di norma, o ritirato presso la banca (BNL) tesoreria ASP .</p>
<p><b>Dove presentare</b></p>	<p>Protocollo aziendale</p>

IL sottoscritto \_\_\_\_\_ Nata a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (prov \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n.c. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale N° \_\_\_\_\_

**Chiede il rimborso**

Per se stesso/a   
Per il proprio figlio/a minorenni  nome e cognome \_\_\_\_\_  
della prestazione di \_\_\_\_\_ pagata e non  
effettuata per :

1. volontà dell'utente previa disdetta effettuata almeno 48 ore prima
2. Impedimento oggettivo dell'utente
3. Per motivi organizzativi dell'Azienda
4. per errata informazione del servizio

**A tal fine allega**

Originale della ricevuta di versamento   
Attestazione mancata esecuzione della prestazione a cura del servizio erogante.   
Certificato Medico (casi di impedimento personale)   
CC Bancario o Postale N° \_\_\_\_\_ (con costo 5 euro)   
assegno bancario spedito direttamente a casa del richiedente con costo a carico   
ritiro somma alla banca (BNL) tesoreria ASP (senza tassazione)

luogo e data \_\_\_\_\_

Il sottoscritto

Ricevuto da \_\_\_\_\_ timbro e firma \_\_\_\_\_

**Modello Attestazione**

**A cura del servizio erogante**

SERVIZIO di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
del servizio /ufficio \_\_\_\_\_ Sede di \_\_\_\_\_

Dichiara che il sign. \_\_\_\_\_ non ha ricevuto la prestazione

\_\_\_\_\_

**per il seguente motivo**

Avente diritto senza costi (es vaccinazione garantita, esenzione esibita)

Assenza del personale

Cause organizzative

**Luogo e data**

**Timbro e firma**

\_\_\_\_\_