

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>	<p>MODULO RICHIESTA DI RIMBORSO PAGAMENTO PRESTAZIONE SANITARIA</p>	<p>RA 46 Rev. 1 Appl. 03.05.2022</p>
--	--	---

Modulo da inviare a ticketsom@pec.aosp.bo.it

I campi con asterisco * sono obbligatori

IL SOTTOSCRITTO *

Cognome* _____ Nome* _____

CodiceFiscale* _____

Comune di residenza* _____ Provincia* _____

CAP _____ Indirizzo* _____ N° civico* _____

Telefono* (fisso e/o cellulare) _____

Indirizzo di posta elettronica* _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, in qualità di (barrare la voce di interesse)

IN QUALITA' DI *

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1) Diretto interessato
<input type="radio"/> 3) Tutore/curatore/amministratore di sostegno | <input type="radio"/> 2) Genitore del minore
<input type="radio"/> 4) Altro |
|---|--|

Specificare i dati della persona per la quale si chiede il rimborso (caso 2,3,4)

Cognome* _____ Nome* _____

CodiceFiscale* _____

CHIEDO IL RIMBORSO DI: *

- Ticket di Specialistica Ambulatoriale
- Tariffa di Specialistica Ambulatoriale in regime di Libera Professione
- Ticket di Pronto soccorso

Data dell'appuntamento della prestazione o dell' accesso al Pronto Soccorso* _____

Importo pagato * _____ Importo da Rimborsare* _____

