

Allegato B

MODULO RICHIESTA RIMBORSO “percorso tutela”

Al Direttore UOC Relazioni con il Pubblico ASL NAPOLI 3 Sud

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ CAP _____
tel _____ e-mail _____

CHIEDE

Il rimborso per prestazioni effettuate ai sensi del “Percorso di tutela aziendale”, e a tal fine

DICHIARA

(Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

che in data _____ mi sono rivolto al Cup dell’ASL Napoli3 Sud e in quell’occasione sono stata/o informata/o che il primo posto disponibile per effettuare la prestazione _____ era presso la Struttura _____ per il giorno _____

e pertanto di non aver potuto usufruire della prestazione entro i tempi di garanzia previsti.

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. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.
di sapere che l’Azienda ASL Napoli3 Sud si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità di quanto dichiarato (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

Chiede, pertanto che il rimborso sia effettuato:

sul proprio c/c e pertanto dichiara di essere il titolare del sotto indicato CODICE
IBAN _____

su c/c intestato a _____ titolare del CODICE
IBAN _____

Si allegano alla presente

- ricevuta di pagamento
- documento d’identità
- impegnativa del medico curante
- fattura quietanzata relativa a visita specialistica o esame diagnostico effettuato
- voucher prenotazione

Data _____

Firma _____