

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 \_\_\_\_\_