

**All. 4- RICHIESTA RIMBORSO PRESTAZIONI EROGATE IN REGIME A.L.P.I.**

Al Direttore UOC GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA

Il/La sottoscritto/a .....CF: .....

nato/a a ..... il .....

e residente in ..... via ..... n.....

telefono .....

**CHIEDE**

il rimborso della prestazione in libera professione di € ....., come da allegata fattura n. ....

del ....., eventuale nota del medico relativa alla prestazione non erogata per il seguente motivo:

o Assenza del professionista il giorno della prestazione

o Motivi sanitari oppure organizzativi e/o tecnici del medico che deve erogare la prestazione adeguatamente documentati dal professionista

o È stata pagata una prestazione non eseguita e per la quale è stato accertato un errore di prenotazione

o Errore di determinazione dell'importo dovuto in relazione alla prestazione fornita

o Duplice pagamento per la stessa prestazione

o Altro: .....

Il/La sottoscritto/a chiede che il rimborso avvenga tramite:

Bonifico bancario sul seguente IBAN .....

Si allegano alla presente:

-Fattura prestazione non erogata;

-Attestazione dell'ASL di mancata prestazione;

-Documento d'identità

....., lì .....

In fede

.....

N.B.: nel caso in cui la domanda di rimborso sia presentata da persona diversa dall'interessato, è necessario

presentare delega del titolare e valido documento di riconoscimento.