



MOD. RICHIESTA RIMBORSO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'

Consapevole delle responsabilità penali, amministrative e civili a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'Art.76 del DPR 28/12/00 n.445

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in _____

C.F. _____ Telefono / cellulare _____

Indirizzo e-mail _____

L'istanza è presentata da _____

(Indicare il nome/cognome/data di nascita della persona che compila il modulo se diverso dall'intestatario dell'istanza)

diretto interessato delegato (*allegare delega*)

genitore esercente la potestà genitoriale (*in accordo con l'altro genitore esercente la potestà genitoriale*)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

(indicare i dati dell'altro genitore)

genitore esercente la potestà genitoriale in esclusiva

tutore amministratore di sostegno affidatario

CHIEDO IL RIMBORSO DEL PAGAMENTO

Effettuato per la/le prestazione/i _____

fissata per il giorno _____ presso _____

per le seguenti motivazioni: _____

Chiedo di ricevere l'accredito sul conto corrente bancario o postale intestato a:

Cognome _____ Nome _____

(riportare di seguito i dati dell'intestatario del conto se diverso dall'intestatario della ricevuta)

nato/a a _____ il _____ Codice fiscale _____

Residente a _____ Via _____ CAP _____

Domiciliato* a _____ Via _____ CAP _____

(*da compilare in caso di residenza estera)

Codice IBAN:

Paese		Check (2 numeri)	Cin (1 lettera)	ABI (5 campi numerici)	CAB (5 campi numerici)	Numero di conto corrente (12 campi alfanumerici)																	
I	T																						

N.B.: è possibile effettuare pagamenti solo su carte prepagate dotate di IBAN e in nessun caso su libretti postali"

Pagamenti verso conti esteri

Paese					

Nome Banca _____

Paese Banca _____

Codice BIC / SWIFT _____

NOTE: _____

I dati personali che Le vengono richiesti e, in particolare, i dati relativi alla sua salute, sono indispensabili per l'erogazione e la gestione delle prestazioni sanitarie richieste e sono utilizzati dal personale dell'Azienda USL di Bologna nel rispetto del segreto professionale, del segreto d'ufficio e secondo i principi della normativa privacy. Il testo integrale dell'informativa, resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679/GDPR e del D. Lgs. 196/2003 (e ss.mm. ii) è consultabile sul sito dell'AUSL di Bologna al seguente link <http://www.ausl.bologna.it/asl-bologna/staff/anticorruzione-trasparenza-e-privacy/privacy/informative>

Data

Firma del Dichiarante

Allegati:

- ricevuta di pagamento della prestazione
- ricevuta emessa dal riscuotitore automatico
- delega firmata dal delegante e copia del documento di identità del delegante e del delegato

La sottoscrizione è stata apposta in mia presenza dal dichiarante, identificato con doc. _____
n° _____ rilasciato/a da _____ il _____
Preventivamente ammonito sulle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci:
Data _____ Login dell'operatore _____ Punto CUP _____

PARTE RISERVATA AL FRONT OFFICE (*flaggare l'opzione corrispondente al caso di specie*)

attivata procedura GESTIONE RIMBORSI (documento in stato da convalidare)

Istanza già valutata in quanto rientrante nelle casistiche previste dalle Istruzioni Operative di Front Office

non attivata la procedura GESTIONE RIMBORSI: Istanza inviata all'Ufficio competente per istruttoria, valutazione e successiva risposta al richiedente

documento inviato all'Ufficio competente per attivazione del mandato di pagamento (in caso di assenza IBAN)

SPAZIO RISERVATO ALL'ISTRUTTORIA

In merito all'istanza presentata si esprime parere:

POSITIVO

NEGATIVO

Somma da rimborsare: Euro _____

Data

Firma (Responsabile della procedura)

RICEVUTA DI PRESENTAZIONE DELL'ISTANZA DI RIMBORSO PER IL CITTADINO

Ricevo la richiesta di rimborso relativa a:

ricevuta di pagamento N° _____ del _____
per l'importo di EURO _____

Intestata a: Nome _____ Cognome _____

ricevuta emessa da Riscuotitore Automatico in data _____
per l'importo di Euro _____

L'istanza è stata presa in carico e sarà soggetta a valutazione.

In caso di esito positivo non riceverà altre comunicazioni e il rimborso sarà accreditato sull'IBAN indicato,

compatibilmente con i tempi tecnici necessari alla conclusione della pratica.

Nel caso in cui invece sia necessario acquisire ulteriori elementi o non sia possibile accogliere la richiesta, verrà contattato tramite i recapiti da lei indicati.

Data

Firma e timbro e Login Operatore

E' necessario comunicare tempestivamente qualunque variazione del codice IBAN o degli estremi dell' istituto bancario sul quale si è richiesto l'accredito successiva all'inoltro della domanda.

Dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679/GDPR di essere stato informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

SI FA PRESENTE CHE, AI SENSI DEL DPR 445/2000 ART. 71 CAPO V, NEL RISPETTO DELLE NORME IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, LA SCRIVENTE AZIENDA È TENUTA PER OBBLIGO DI LEGGE AD UN CONTROLLO, ANCHE A CAMPIONE, DELLE AUTOCERTIFICAZIONI RILASCIATE DAI PROPRI ASSISTITI.

Titolare del trattamento: Il Titolare del trattamento è l'Azienda USL di Bologna con sede in Via Castiglione n. 29 -40124 - Bologna – Telefono: 051-6584910 – PEC: protocollo@pec.ausl.bologna.it

Responsabile della Protezione dei Dati (DPO): email: dpo@aosp.bo.it – PEC: dpo@pec.aosp.bo.it

Ogni ulteriore informazione riguardante il trattamento dei dati è reperibile sul sito istituzionale dell'Azienda USL di Bologna: <https://www.ausl.bologna.it/privacy/inf>