



## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETÀ

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. \_\_\_\_\_ Tel. / 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 della ricevuta)

Diretto interessato  Delegato (allegare delega)

Genitore esercente la potestà genitoriale (in accordo con l'altro genitore del quale si indicano, di seguito, le generalità)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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:

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

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

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: Non è possibile effettuare pagamenti su libretti postali e carte prepagate anche se dotati di IBAN**

**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:**

- Copia ricevuta di pagamento della prestazione
- Copia 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, timbro e Login Operatore

**È 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 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>