

ALLEGATO B

Urp Asl Cagliari
urpcagliari@aslcagliari.it

Oggetto: Richiesta di rimborso

il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

C.F. _____ residente in _____

via _____ tel. _____

E-mail _____

CHIEDE

Il rimborso per prestazioni effettuate presso uno specialista privato, ai sensi del "Percorso di tutela aziendale", e a tal fine

DICHIARA

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

<u>PERCORSO A</u>	<u>PERCORSO B</u>
<input type="checkbox"/> che in data _____ mi sono rivolto al Cup 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 in regime di libera professione intramuraria la prima data utile per effettuare la prestazione era per il giorno _____. _____	<input type="checkbox"/> che in data _____ ho tentato di prenotare tramite il servizio Cup Web la prestazione _____ _____ ma il primo posto disponibile per effettuare la stessa era per il giorno _____ e, contattato il numero dedicato per la libera professione intramuraria, la prima data utile per effettuare la prestazione era 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 8 di Cagliari si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità di quanto dichiarato (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

A tal fine allega alla presente:

1. fotocopia documento di identità in corso di validità;
2. fotocopia tessera sanitaria;
3. fotocopia dell'impegnativa relativa alla prescrizione medica per visita specialistica o esame diagnostico;
4. fattura quietanzata relativa a visita specialistica o esame diagnostico effettuato;
5. numero IBAN di conto corrente bancario sul quale effettuare il rimborso.

Si Autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali ai sensi del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. (c.d Codice Privacy), nonché della regolamentazione ASL 8 Cagliari al riguardo, al fine della presente istanza.

Data _____

Firma _____