A.S.L. TO4
Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)
Tel. +39 011.9176666
Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)
Tel. +39 0125.4141
www.aslto4.piemonte.it
P.I./Cod. Fisc. 09736160012

Versione: 23 maggio 2022

RICHIESTA RIMBORSO TICKET

Il/La sottoscritto/a _____

codice fiscale

Nato/a _____ il _____

residente a _____Via/C.so/P.zza _____n._____

CAP_____cell_____email_____

CHIEDE

☐ per se stesso ☐ per il minore

Cognome e nome_____ Codice Fiscale_____
indicare cognome e nome del minore o del tutelato

il **RIMBORSO** della somma di €_____ versata

per il seguente motivo:

Motivo della richiesta di rimborso	Documentazione da allegare
☐ errore di calcolo/digitazione ☐ doppio pagamento	☐ copia della prenotazione rilasciata dalla ASLTO4 riportante l'importo corretto del ticket da corrispondere
☐ prestazione non erogata e annullata prima della data dell'appuntamento	☐ dichiarazione dell'ambulatorio/reparto attestante l'impossibilità di erogare la prestazione
☐ prestazione prenotata/usufruita presso altra ASL ASO o Centro Convenzionato	☐ copia della prenotazione per prestazione da effettuare presso altra ASL o Centro Convenzionato
☐ malfunzionamento punto rosso	☐ scontrino rilasciato dal punto rosso attestante che la transazione non si è conclusa correttamente
☐ Altro…….. …….	☐ Altro …… ……

Documentazione da allegare obbligatoriamente per tutte le casistiche

a) Fotocopia cel **Codice Fiscale e di documento di identità** degli interessati richiedenti.

b) Originale della **ricevuta di pagamento del ticket** rilasciata dal punto Rosso completa delle parti "copia per l'assistito" e "copia per l'ente "

Modalità di rimborso prescelta

☐ **ACCREDITO C/C IBAN (scrivere IBAN)**

☐ **ASSEGNO**

Data _____ Firma del richiedente _____

Data _____ Firma dell'operatore _____