AS FO
Azienda sanitaria
Friuli Occidentale

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

MODULO RICHIESTA RIMBORSO PAGAMENTO PRESTAZIONI SANITARIE

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000

Io sottoscritto/a (nome)_____(cognome)_____
nato/a il _____ a _____Prov._____
Stato di nascita (se diverso dall'Italia) _____
codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

residente a _____Prov._____CAP_____
via/piazza_____n°_____
telefono (fisso o cellulare)_____
e-mail (obbligatorio)_____

IN QUALITA' DI

- ☐ Diretto interessato
- ☐ Genitore
- ☐ Amministratore di sostegno
- ☐ Tutore
- ☐ Curatore
- ☐ altro/delegato

di del/della sig./sig.ra (utente) (nome)_____(cognome)_____
nato/a il _____ a _____Prov._____
Stato di nascita (se diverso dall'Italia) _____
codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

residente a _____Prov._____CAP_____
via/piazza_____n°_____

CHIEDO

Il rimborso di _____versati in data _____

MOTIVO

- ☐ Prestazione non erogata (allegare giustifica del medico).
- ☐ Prestazione in libera professione non erogata (allegare giustifica del medico)
- ☐ Prestazione disdetta dopo il pagamento
- ☐ Pagamento superiore al dovuto
- ☐ Prestazione esente ticket. Allegare impegnativa con esenzione.
  Si specifica che il relativo codice **DEVE per legge essere indicato dal medico prescrittore nella ricetta il giorno dell'emissione della richiesta**. In mancanza di tale dato sulla ricetta, la richiesta di rimborso non può essere accolta.
- ☐ Altro_____

AS FO
Azienda sanitaria
Friuli Occidentale
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

ALLEGO

- ☐ Copia di un documento di identità in corso di validità
- ☐ Copia della tessera sanitaria elettronica e/o cartacea
- ☐ Copia della ricevuta di pagamento n._____
- ☐ Copia della giustifica del medico (per le prestazioni non erogate)

CHIEDO CHE IL RIMBORSO VENGA ESEGUITO

☐ **PER PRESTAZIONI SANITARIE CON RICHIESTA MEDICA: in contanti presso una farmacia della Provincia di Pordenone presentando questo modulo con autorizzazione STAMPATA (non formato digitale). Esclusa la libera professione.**

☐ con accredito sul conto corrente bancario Codice IBAN:

I	T																									

Intestato a (dato obbligatorio se diverso dall'intestatario dell'esame):
nome:_____cognome:_____CF:_____
indirizzo_____

L'Azienda sanitaria Friuli Occidentale (AsFO), in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, tratterà i Suoi dati personali, anche al fine della presente richiesta, in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE n. 679/2016 e d.lgs. 196/2003, come modificato dal d.lgs. 101/2018). L'informativa completa, valevole per tutti i trattamenti di dati personali della S.V. effettuati presso l'AsFO, è pubblicata nel sito web istituzionale, sezione Trattamento e protezione dei dati personali (https://asfo.sanita.fvg.it/it/azienda_informa/privacy.html).

DATA_____FIRMA_____

- ✓ Inviare a: gestione.rimborsi@asfo.sanita.fvg.it 0434/399828

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO GESTIONE RIMBORSI

Esaminata l'istanza di rimborso:

- ☐ SI AUTORIZZA IL RIMBORSO DI €_____
- ☐ NON SI AUTORIZZA PER IL SEGUENTE MOTIVO: _____
_____

Luogo/Data.....

PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA

in caso di rimborso in contanti

"*Ricevo come rimborso €*_____ "
DATA_____ FIRMA_____

COGNOME E NOME (se persona diversa dell'utente) _____