



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 giustificata del medico).
- ☐ Prestazione in libera professione non erogata (allegare giustificata 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 _____

- ☐ 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 giustificata del medico (per le prestazioni non erogate)

☐ **Presso una farmacia della Provincia di Pordenone, presentando il presente modulo debitamente autorizzato in formato cartaceo (non digitale).**

[illegible]

nome: _____ cognome: _____ CF: _____
indirizzo _____

DATA	FIRMA
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO GESTIONE RIMBORSI

☐ SI AUTORIZZA IL RIMBORSO DI €

PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA

DATA	FIRMA
------	-------

2 di 2