

## RICHIESTA DI RIMBORSO TICKET (allegato proc. rimbocup\_001)

Per la velocizzazione delle procedure si prega di usare il computer o scrivere in stampatello

Al responsabile C.U.P. Zona

Il/La sottoscritto/a:

nome

cognome

città

tel./cell.

via/p.zza

num.

cod. fisc

Per conto:  proprio  del minore  del tutelato ai sensi e per gli effetti della legge 4/1/1968

nome<sup>1</sup>

Dichiara che il giorno: non è stato effettuato l'esame - visita – prestazione<sup>2</sup>

per<sup>3</sup>

### PERTANTO CHIEDE

Il rimborso della somma di euro:

In cifre

In lettere

come risulta dall'originale della ricevuta di pagamento e documentazione allegata.

Modalità rimborso:  accredito su CC Bancario o Postale  Emissione di mandato presso tesoreria MPS<sup>4</sup>  
 emissione di assegno bancario non trasferibile<sup>5</sup>

Si conferma che il conto corrente indicato è intestato/cointestato al beneficiario del rimborso.

PAESE	CHECK	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO CORRENTE

Banca/Poste

, Agenzia/Ufficio

Data

Firma del richiedente

Timbro Azienda USL Toscana Sud Est Arezzo

num. mat. op. CUP accettante

Firma dell'operatore CUP accettante

**N.B. Per ricevuta verrà consegnata al richiedente una fotocopia del presente modulo con timbro e firma dell'operatore. La pratica verrà evasa, di norma, entro due mesi dalla richiesta.**

- 1 Indicare il nome solo nel caso che sia diverso dal richiedente
- 2 Descrivere il tipo di esame, visita o altra prestazione sanitaria
- 3 Specificarne il motivo
- 4 Cassa del Monte dei Paschi di Siena esigibile dopo 2 Mesi dalla richiesta del rimborso
- 5 Scelta ammissibile solo in casi eccezionali