

## RICHIESTA DI RIMBORSO TICKET EREDI (allegato proc. rimbocup\_002)

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	

in qualità di  erede: nome<sup>1</sup>

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

per<sup>3</sup>

### Documenti da allegare:

- \* Certificato di morte;
- \* Dichiarazione sostitutiva di atto notorio nella quale gli eredi dichiarano la loro qualità di eredi, la mancanza di altri eredi legittimi, e quali di essi (in caso siano più di uno) sia delegato alla riscossione;
- \* Mod. 240 rilasciato dall'Agenzia delle Entrate di denunciata successione o copia della Denuncia di Successione presentata nella quale sia compreso il credito vantato;
- \* Oppure dichiarazione nella quale gli eredi affermano di essere esonerati dall'obbligo di denuncia di successione. (Affinché l'Agenzia delle Entrate possa rilasciare il Mod.240 o la copia della Denuncia di successione occorre che gli eredi abbiano presentato la Denuncia di successione nei quali sia compreso il credito vantato nei confronti della USL).

### 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.

IBAN  
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 dell'intestatario della prestazione
- 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