

Allegato 6

**MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO PRESTAZIONE PRESSO PRIVATO
ACCREDITATO**

(Da utilizzare sia dal diretto interessato che dal delegato/curatore/genitore/amministratore di sostegno/tutore)

DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome e nome: _____
Nato/a a: _____ il ____ / ____ / ____
Codice fiscale: _____
Residente in: Comune _____ CAP _____
Via/Piazza: _____ N° _____
Telefono/Cellulare: _____ Email: _____
Documento di identità n.: _____ rilasciato da _____
_____ il ____ / ____ / ____

QUALIFICA DEL RICHIEDENTE

Barrare la voce che interessa:

☐ Diretto interessato ☐ Delegato ☐ Curatore ☐ Genitore del minore ☐ Amministratore di sostegno
☐ Tutore

Se **delegato/curatore/genitore/amministratore di sostegno/tutore** indicare i dati dell'assistito:

Cognome e nome assistito: _____
Codice fiscale assistito: _____
Nominativo del minore (se applicabile): _____

DATI DELLA PRESTAZIONE SANITARIA

Struttura erogante: _____
Tipologia della prestazione: _____
Medico erogante: _____
Data della prestazione: ____ / ____ / ____
Importo pagato: € _____
Numero ricevuta: _____
Coordinate bancarie beneficiario o tutore designato: _____

MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA DI RIMBORSO

☐ Percorso di tutela attivato a causa di assenza di disponibilità entro i tempi previsti dalla classe di priorità

DICHIARO

sotto la mia personale responsabilità che quanto sopra riportato corrisponde al vero e che la documentazione allegata è autentica.

Sono consapevole delle responsabilità civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000 e art. 483 c.p.

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Il sottoscritto dichiara di essere informato che le spese sanitarie successivamente rimborsate dall'Azienda non sono detraibili ai fini fiscali e si impegna a non portare in detrazione la spesa oggetto della presente richiesta di rimborso.

Luogo: _____ **Data:** ____ / ____ / ____

Firma del richiedente: _____
(Firma leggibile e conforme al documento allegato)

ALLEGATI OBBLIGATORI

- 1) autorizzazione all'effettuazione della prestazione in regime di privato accreditato rilasciata dal Team di Tutela;
- 2) fattura quietanzata;
- 3) coordinate bancarie di conto intestato o cointestato;
- 4) copia prescrizione medica
- 5) copia del documento di riconoscimento e tessera sanitaria del beneficiario in corso di validità;
- 6) copia documento di riconoscimento dell'eventuale delegato/genitore/curatore/amministratore di sostegno/tutore in corso di validità.
- 7) Copia provvedimento di nomina (se previsto)