

AL DIRETTORE DEL DISTRETTO UNICO

Azienda Sanitaria Provinciale

di Vibo Valentia

OGGETTO. Richiesta restituzione somma ticket

Il sottoscritt \_\_\_\_\_

Nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

CHIEDE

la restituzione della somma di Euro \_\_\_\_\_ versata presso lo sportello ticket

del ASP di Vibo Valentia, con ricevuta n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

per prestazione sanitaria non effettuata a causa di \_\_\_\_\_

Allega alla presente:

1. **Due ricevute, in originale, dell'avvenuto pagamento del ticket;**
2. **L'impegnativa del medico curante, in originale, con l'indicazione sottoscritta dal medico specialista o del Responsabile della Struttura del motivo della mancata prestazione;**

o in alternativa:

**motivazione della mancata prestazione con dichiarazione, soggetta a verifica, dell'avvenuta disdetta della prenotazione almeno 2 giorni prima della data della prestazione prenotata, come da Regolamento CUP Aziendale.**

Il Rimborso sarà effettuato a mezzo vaglia postale pagabile presso l'Ufficio postale del Comune di residenza.

( Per il rimborso ai minori inserire anche i dati anagrafici e codice fiscale di uno dei genitori)

li \_\_\_\_\_

Firma

-----