

**Modello da compilare per richieste di rimborso prestazioni e documentazione sanitaria eseguite presso gli sportelli Accettazione Cassa Cup Ospedalieri AST MACERATA**

Inviare via mail [sportellidao.ast.mc@sanita.marche.it](mailto:sportellidao.ast.mc@sanita.marche.it)

Ufficio Gestione Accettazione/Casse Ospedaliere DAO

Tel. 0733 257 2135

ORARIO 08:00 - 13:00

Allegato 2) Bis

**MODULO RICHIESTA RIMBORSO DA PARTE DELL'UTENTE**

Il sottoscritto

NOMINATIVO

LUOGO e DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

INDIRIZZO DI RESIDENZA

RECAPITO TELEFONICO

MAIL

Chiede il rimborso dell'importo di € \_\_\_\_\_ (euro \_\_\_\_\_,00)

Relativamente alla Fattura/Ricevuta N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ (che si allega in originale pagata tramite \_\_\_\_\_) relativa all'app. num. \_\_\_\_\_

**Descrizione prestazione:**

\_\_\_\_\_

**Per la seguente motivazione:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si richiede l'accredito della suddetta somma tramite bonifico bancario alle coordinate IBAN in allegato.

Macerata, \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'UTENTE

\_\_\_\_\_

**Parte riservata all'Operatore**

Verificato quanto dichiarato dall'Utente ed esaminata la documentazione allegata, si attesta che l'istruttoria è completa e, pertanto, si trasmette al Dirigente Amministrativo per il seguito di competenza.

**NOMINATIVO OPERATORE**

**Parte riservata al Dirigente Amministrativo:**

☐ visto, SI AUTORIZZA e si inoltra al servizio Bilancio per il seguito di competenza.

☐ visto NON SI AUTORIZZA il rimborso per la seguente motivazione:

Data \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE UOC DAO

Dr.ssa Cristiana Valerii