

All' Ufficio Ticket  
del Poliambulatorio\_\_\_\_\_Oggetto: **Rimborso pagamento per mancata effettuazione di prestazioni sanitarie.****PARTE A. – DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO DELL'UNITA' OPERATIVA CHE AVREBBE DOVUTO EROGARE LA PRESTAZIONE SANITARIA.**Con la presente, il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ in servizio presso  
Ambulatorio\_\_\_\_\_ del Poliambulatorio\_\_\_\_\_**DICHIARA**che il Sig. \_\_\_\_\_ non ha effettuato le prestazioni sanitarie di cui alla quietanza/fattura  
n. \_\_\_\_\_ emessa il \_\_\_\_\_ dall'Uff. Ticket del Poliambulatorio \_\_\_\_\_ per i seguenti motivi:

- improvvisa assenza/indisponibilità del medico preposto all'attività ambulatoriale;
- guasto apparecchiatura;
- rinuncia del paziente, che ha provveduto a disdire la prenotazione (almeno 24 ore prima);
- altro \_\_\_\_\_

Cagliari, \_\_\_\_\_

**(timbro e firma del medico che rilascia la dichiarazione)****PARTE B. - DA COMPILARE A CURA DELL'UTENTE.**Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)(\_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Codice fiscale/\_\_\_  
(Prov.) e residente  
in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(Città) (Prov.)**CHIEDE**Il rimborso del pagamento relativo alla quietanza/fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciata  
dall'Ufficio Ticket del Poliambulatorio \_\_\_\_\_ e a tal fine**DICHIARA**

- di non aver ricevuto le prestazioni sanitarie in essa indicate, così come attestato dal medico dell'Unità Operativa che avrebbe dovuto erogarle;
- di aver rinunciato ad effettuare le prestazioni sanitarie di cui alla quietanza/fattura sopra indicata per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_
- di aver diritto all'esenzione dal pagamento del ticket come risulta dalla certificazione allegata.

Ai sensi del D.Lgs. n.196/2003, il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati per le finalità della presente richiesta.

Cagliari, \_\_\_\_\_

**(firma utente)****PARTE C. - RISERVATA ALL'UFFICIO TICKET DEL POLIAMBULATORIO\_\_\_\_\_**

A seguito dei riscontri effettuati, si provvede in data odierna a rimborsare al Sig. \_\_\_\_\_

la somma di € \_\_\_\_\_ di cui alla QUIETANZA/FATTURA n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

per PRESTAZIONE NON ESEGUITA. **TIMBRO E FIRMA OPERATORE TICKET**\_\_\_\_\_Cagliari \_\_\_\_\_ **FIRMA UTENTE PER RICEVUTA**\_\_\_\_\_