

All' Ufficio Ticket
 dell'Ospedale _____

 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
 Divisione/Servizio _____ Ospedale _____

DICHIARA

 che il Sig. _____ non ha effettuato le prestazioni sanitarie di cui alla quietanza/fattura
 n. _____ emessa il _____ dall'Ufficio Ticket dell'Ospedale _____ 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/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____ e residente
 (Prov.)
 in _____ (_____) Via/P.zza _____ n. _____
 (Città) (Prov.)

CHIEDE

 Il rimborso del pagamento relativo alla quietanza/fattura n. _____ del _____ rilasciata
 dall'Ufficio Ticket dell'Ospedale _____ 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 OSPEDALE _____

 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** _____