



Fondazione IRCCS  
San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

## RICHIESTA DI RIMBORSO

alla S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità

Alla Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori  
[e-mail: urp@irccs-sangerardo.it](mailto:urp@irccs-sangerardo.it)

Il/La Sottoscritto/a.....

IN CASO DI MINORE: I sottoscritti.....e .....

GENITORI di .....

Nato/a a: ..... Provincia (Stato se Estero): .....

Residente a: ..... Provincia: .....

Via: .....N°..... Telefono: .....

CODICE FISCALE: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

consapevole/i delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., sotto la propria responsabilità

**CHIEDE o CHIEDONO** (nel caso di minore)

il rimborso di € ..... relativo alla prenotazione n° ..... data: ...../...../..... per:

- **pagamento relativo a prestazione sanitaria non effettuata e correttamente disdettata entro 72 ore.**  
N.B.: allegare il foglio di prenotazione e ricevuta/fattura originale di pagamento.

oppure

- **doppio pagamento per mal funzionamento della casse automatiche**  
N.B.: allegare copia dello scontrino (se in possesso) e dell' estratto conto attestante il doppio addebito

data e ora del pagamento:.....

ubicazione cassa (pronto soccorso, CUP, ambulatori etc ):.....

numero carta utilizzata .....

oppure

- **altro (specificare)** .....

- **allegare carta identità richiedente/i**

Per il pagamento del rimborso indicare l'IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

intestato a (da compilare solo se intestatario diverso dal/dai richiedente/i) .....

codice fiscale intestatario.....

residenza intestatario .....

**SI CHIEDE DI FORNIRE LA DOCUMENTAZIONE IN FORMATO PDF (NO IMMAGINI)**

**Attenzione: qualora la richiesta venga fatta per paziente deceduto, è necessario inviare un'autocertificazione con la quale il richiedente dichiara di essere l'unico erede oppure, in caso contrario, di essere autorizzato dagli eredi alla riscossione del rimborso.**

Si dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679, che ha modificato il D.lgs n. 196 del 30.06.2003 (Codice Privacy) nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguenti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma del Richiedente (o dei richiedenti in caso di minore)

Luogo..... Data: ...../...../.....

**IL RIMBORSO VERRA' EFFETTUATO ENTRO 30 GIORNI**