



Azienda Sanitaria Locale di PESCARA

Via R. Paolini, 45 – 65124 Pescara

UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEI PP.OO. E TERRITORIALI

**UOS ATTIVITA' AMMINISTRATIVE DISTRETTUALI
PER**

AREE DISTRETTUALI METROPOLITANA-MONTANA-PESCARA

DOMANDA DI RIMBORSO TICKET /TARIFFA ALPI

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a _____ il _____, residente in
_____ via _____ n. _____
CAP _____ Tel _____
Indirizzo e/mail _____

in qualità di: diretto interessato; esercente la potestà genitoriale; la tutela o la curatela
 l'amministrazione di sostegno sul soggetto beneficiario della presente richiesta:

(nome e cognome)

CHIEDE

che venga rimborsata la somma di € _____ pagata, a titolo di Ticket Tariffa Alpi per il seguente motivo (barrare con una crocetta)

- **prestazione non effettuata per cause imputabili all'Azienda o per eventi eccezionali ovvero per:**
 - mancata prestazione per valutazione del medico
 - assenza del medico;
 - errore di prenotazione;
- **pagamento del ticket pur possedendo attestato di esenzione valido per la prestazione;**
(allegare attestato di esenzione e relazione del medico prescrittore per mancata indicazione dell'esenzione sull'impegnativa per dimenticanza o altra motivazione)
- **rinuncia alla prestazione, prenotata e pagata, con disdetta entro le 72 ore precedenti l'erogazione della prestazione;**
- **mancata disdetta della prestazione o mancata presentazione dell'assistito entro le 72 ore precedenti l'erogazione della prestazione in presenza delle seguenti motivazioni e di idonea documentazione giustificativa:**
 - **Malattia** (allegare certificato medico);
 - **Ricovero** presso struttura sanitaria (allegare certificato di ricovero);
 - **Accesso al Pronto Soccorso** (allegare referto di PS);
 - **Altra prestazione specialistica effettuata in urgenza** (allegare referto specialistico);
 - **Nascita di figlio/figlia** se avvenuta entro tre giorni antecedenti alla prenotazione (allegare certificato di nascita o autocertificazione);
 - **Lutto** se riguarda familiari fino al 2° grado di parentela, coniuge e conviventi e se accaduto entro tre gg lavorativi antecedenti alla data della prestazione (allegare certificato di morte o autocertificazione).
 - **Per prenotazione /prestazione in regime ALPI disdettata** si allega:
 - Ricevuta di pagamento in calce
 - Dichiarazione del medico di non esecuzione prestazione

MODALITA' DI RIMBORSO

- **Assegno circolare non trasferibile** intestato a _____
C.F. _____ e residente a _____
Prov. (___) in Via/Piazza _____ n. _____ c.a.p. _____

- **C/C bancario o postale** intestato o cointestato a _____
C.F. _____ (se cointestato inserire entrambi)
e residente a _____
prov. (___) in Via/Piazza _____ n. _____ c.a.p. _____
Coordinate IBAN _____

Dichiara di essere informato/a che:

- I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento in oggetto.

	<p style="text-align: center;">Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR</p> <p>Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Pescara, contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri o per adempiere un obbligo legale, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso i presidi ospedalieri e distrettuali, consultabile anche sul sito asl.pe.it/dati personali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato.</p>
---	--

FIRMA ANCHE PER PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA ESTESA

Pescara, li _____

Firma richiedente
