

Alla DIREZIONE AMMINISTRATIVA

**Oggetto:** Domanda rimborso ticket

**NOTA CREDITO** Ricevuta N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

In Via/P.zza \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Per sé o per il familiare \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**il rimborso del ticket sanitario pagato di euro:** \_\_\_\_\_ per prestazione non eseguita

per il seguente motivo documentato:

- Prestazione non eseguita e cancellata entro le 48 ore dalla data di prenotazione;
- Per inopportunità o impossibilità come dichiarazione del Medico, allegata;
- Per ricovero ospedaliero dell'assistito
- Prestazione eseguita con ricetta senza l'apposita esenzione cod: \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

Si allegano n.2 ricevute ticket versato n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Li, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma dell'assistito richiedente)

**ASL BA – UFFICIO CUP/TICKET**

- **VISTA** la richiesta di rimborso e valutata la sua regolarità, si dispone il rimborso
- **VISTA** la richiesta di rimborso, si ritiene che **NON** sussiste il diritto al rimborso

li, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma per rimborso ricevuto)

L'OPERATORE CUP/TICKET

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO  
U.O.S. Direzione Amministrativa - P.O. della Murgia  
Dott.ssa Teresa Cetani