DIPARTIMENTO DEL DECENTRAMENTO
SOC Servizi ai cittadini Firenze Empoli
SOC Servizi ai cittadini Prato e Pistoia

ISTANZA DI RIMBORSO

Io sottoscritt__ _____ nat__ a _____ Il ___/ ___/ _____

residente a _____ via/piazza _____ n. _____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

tel. _____ e.mail _____

in qualità di ☐ diretto interessato ☐ esercente la patria potestà

☐ tutore/amministratore di sostegno ☐ altro (con delega)

Da compilare in caso di persona diversa dal diretto interessato

Nome _____ cognome _____ nat__ a _____

il ___/ ___/ _____ residente a _____ C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

il rimborso di € _____ a titolo di:

☐ importo ticket con la seguente motivazione:

- ☐ errore prenotazione
- ☐ mancata prestazione (*indicare la motivazione*) _____
- ☐ prestazione esente (*specificare esenzione e motivazione*) _____

☐ resto non erogato _____

Si allegano:

☐ ricevute di pagamento (copia utente e copia ente in originale)
☐ copia foglio prenotazione
☐ copia prescrizione medica
☐ copia documento di identità (in caso di delega anche del delegante)
☐ attestazione del medico/ambulatorio

MODALITÀ DI RISCOSSIONE

☐ di persona presso qualsiasi filiale della Cassa di Risparmio di Firenze – Gruppo Intesa San Paolo (pagamento in contanti nei limiti di legge)

☐ mediante bonifico bancario su c/c intestato a _____

codice IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(commissioni a totale carico del beneficiario)

In caso di rimborso parziale si chiede la relativa certificazione ad uso fiscale: ☐ SI ☐ NO

DELEGA PER LA RISCOSSIONE

Io sottoscritt__ _____ nat__ a _____ Il ___/ ___/ _____

residente a _____ via/piazza _____ n. _____

Delega a versare sul conto indicato/ riscuotere personalmente per mio conto il

Sig./sig.ra _____ nat__ a _____ Il ___/ ___/ _____

residente a _____ via/piazza _____ n. _____

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679.
Per saperne di più sul trattamento dei dati personali consulta il sito:
http://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda

Data ___/ ___/ _____ Firma _____

SPAZIO RISERVATO AL RESPONSABILE DEL FRONT OFFICE

Il/La sottoscritta _____

vista la suddetta richiesta e la documentazione allegata, autorizza il rimborso richiesto.

☐ Si allega una sola ricevuta in quanto l'altra deve essere conservata agli atti

Timbro e firma _____