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

# ISTANZA DI RIMBORSO

Io sottoscritto _____ nato 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 _____ nato 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 del BANCO BPM
☐ 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 sottoscritto _____ nato a _____ il _____/_____/_____

residente a _____ via/piazza _____ n. _____

delega a versare sul conto indicato/riscuotere personalmente per mio conto il
sig./sig.ra _____ nato a _____ il _____/_____/_____

residente a _____ via/piazza _____ n. _____

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo: https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda o scansionando il QR code a margine

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 _____