



MODULO – RIMBORSO

da inviare a: **protocollo@asst-pg23.it**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
residente a _____ in via _____ tel. n° _____
documento di identità _____ CF _____
richiede all'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo il rimborso della somma di € _____
per la prestazione _____ del _____ intestata a :
 se stesso altro soggetto _____
(cognome nome)

Causale rimborso:

- 1 Disdetta prenotazione
- 2 Modifica/integrazione prestazioni prenotate
- 3 Non esecuzione di prestazioni prenotate
- 4 Variazione dati prenotazione
- 5 Prestazione seguita da ricovero
- 6 Altro (specificare) _____

Modalità di rimborso

- 1 Accredito su conto corrente intestato a _____
IBAN _____
BANCA _____ FILIALE _____
- 2 Assegno circolare presso l'abitazione dell'intestatario della prenotazione *(solo in assenza di conto corrente)*

Allega: ricevuta di pagamento; copia documento di identità; eventuale altra documentazione utile.

N.B.: la prestazione rimborsata non può essere portata a detrazione nella dichiarazione dei redditi.

Data _____

(firma richiedente)

=====

Sezione a cura dell'ASST Papa Giovanni XXIII

L'operatore matricola n° _____ qualifica (per competenza) _____
attesta che il rimborso è dovuto e attiva la procedura di rimborso

Data _____ Firma _____
=====