**ALLEGATO B**

Urp Asl Cagliari

urpcagliari@aslcagliari.it

**Oggetto:** Richiesta di rimborso

il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il rimborso per prestazioni effettuate presso uno specialista privato, ai sensi del *“Percorso di tutela aziendale”*, e a tal fine

**DICHIARA**

(Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

|  |  |
| --- | --- |
| **PERCORSO A** | **PERCORSO B** |
| * che in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mi sono rivolto al Cup e in quell’occasione sono stata/o informata/o che il primo posto disponibile per effettuare la prestazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_era presso la Struttura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e in regime di libera professione intramuraria la prima data utile per effettuare la prestazione era per il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
 | * che in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ho tentato di prenotare tramite il servizio Cup Web la prestazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ma il primo posto disponibile per effettuare la stessa era per il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e, contattato il numero dedicato per la libera professione intramuraria, la prima data utile per effettuare la prestazione era per il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
 |

e pertanto di non aver potuto usufruire della prestazione entro i tempi di garanzia previsti.

DICHIARA ALTRESÌ

 di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.

di sapere che l’Azienda ASL 8 di Cagliari si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità di quanto dichiarato (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

**A tal fine allega alla presente:**

1. fotocopia documento di identità in corso di validità;
2. fotocopia tessera sanitaria;
3. fotocopia dell’impegnativa relativa alla prescrizione medica per visita specialistica o esame diagnostico;
4. fattura quietanzata relativa a visita specialistica o esame diagnostico effettuato;
5. numero IBAN di conto corrente bancario sul quale effettuare il rimborso.

*Si Autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi della normativa vigente in materia* *di protezione dei dati personali ai sensi del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. (c.d Codice Privacy*), *nonché della regolamentazione ASL 8 Cagliari al riguardo,* *al fine della presente istanza.*

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_