A.S.L. NO
Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: viale Roma 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111
P.IVA: 01522670031
www.asl.novara.it

MODULO RICHIESTA RIMBORSO PER PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome)_____ nato/a a _____ (_____) il ____ / ____ /
C.F. _____ residente in_____ (_____) CAP _____ via/piazza _____ n. _____
telefono _____ e-mail/PEC_____
C.F._____
in qualità di: ☐ diretto interessato ☐ genitore/tutore ☐ amministratore di sostegno ☐ delegato/a ☐ altro (*specificare)*_____
di: (cognome e nome)_____
nato/a il _____ a_____ (_____)
residenza *(se diversa)*_____
C.F._____

CHIEDE

Il rimborso della spesa sostenuta per prestazioni sanitarie in regime di Libera Professione pari ad euro _____ per il seguente motivo:

☐ Visita specialistica non eseguita per_____
☐ Variazione di prestazione in sede di visita _____
☐ Errato pagamento, pagamento duplicato o importo pagato in eccesso
☐ Altro *(specificare motivazione)*_____

Coordinate per l'accredito del rimborso ***(beneficiario intestatario o cointestatario)***

L'accredito dovrà essere eseguito sul C/C avente il seguente codice IBAN:

IT☐☐I☐I☐☐☐☐☐I☐☐☐☐☐I☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

(prego vogliate controllare l'inserimento di n.27 cifre – scrittura leggibile)
Intestatario/a del conto corrente _____

presso Banca/Poste_____

☐ Dichiaro che il conto è intestato o cointestato al/alla beneficiario/a del rimborso indicato/a nella presente domanda.

Coordinate per l'accredito del rimborso ***(Compilare esclusivamente se il beneficiario del rimborso è diverso dall'intestatario del conto)***

Il/La sottoscritto/a **autorizza** ASL NO ad effettuare il rimborso alle seguenti coordinate:

IT☐☐I☐I☐☐☐☐☐I☐☐☐☐☐I☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

(prego vogliate controllare l'inserimento di n.27 cifre – scrittura leggibile)

intestatario/a del conto: _____
C.F. _____
presso Banca/Poste_____

rapporto/titolo che legittima l'accredito: ☐ delega allegata ☐ tutela/ADS ☐ minore ☐ altro _____

Allego idonea documentazione comprovante il potere di riscossione o la delega all'accredito.

Dichiarazioni sostitutive e impegni

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto per dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, il/la sottoscritto/a dichiara, sotto la propria responsabilità:

- che i dati riportati nella presente domanda e nella documentazione allegata sono veritieri e completi;
- che il ticket indicato non è stato e non sarà oggetto di rimborso, indennizzo o restituzione da parte di altri soggetti, salvo quanto espressamente dichiarato;
- di essere legittimato/a a presentare la domanda per conto dell'assistito/a, ove diverso/a dal/dalla richiedente;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni circostanza che possa incidere sul diritto al rimborso e a restituire eventuali somme non dovute;
- di essere consapevole che l'ASL effettuerà le verifiche necessarie e che l'accoglimento è subordinato alla completezza dell'istruttoria e alla sussistenza dei presupposti previsti dalla normativa e dalle disposizioni aziendali vigenti.

Documentazione da allegare

- Copia di documento di identità in corso di validità del richiedente e, se necessario, dell'assistito o del delegante.
- Copia della prenotazione *(ove disponibile)*
- Copia della fattura
- Quietanza di pagamento
- Attestazione di "NON ESEGUITO" da parte del servizio/ambulatorio/reparto (in caso di prestazione non eseguita) con timbro, firma e motivazione
- Delega, provvedimento di tutela/amministrazione di sostegno, attestazione di qualità di erede o altra documentazione di legittimazione, se pertinente
- Ulteriore documentazione:

  _____
  _____

Il modulo può essere consegnato

- con mail / PEC all'indirizzo: protocollogenerale@pec.asl.novara.it
- tramite posta ordinaria all'indirizzo: ASL NO – Viale Roma 7 – 28100 NOVARA
- a mano presso gli sportelli CUP dell'ASL NO

Informativa sul trattamento dei dati personali

I dati personali e, ove necessari, i dati relativi alla salute forniti con la presente domanda sono trattati dall'ASL Novara, in qualità di titolare del trattamento, per l'istruttoria, la verifica e la definizione della richiesta di rimborso, nonché per gli adempimenti amministrativi, contabili e di legge connessi. Il trattamento avviene nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679, del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal d.lgs. 10 agosto 2018, n. 101, e della disciplina applicabile. L'informativa completa, comprensiva di finalità, base giuridica, tempi di conservazione, destinatari e modalità di esercizio dei diritti, è disponibile presso l'ASL Novara e sui canali istituzionali aziendali.

☐ **Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali.**

Avvertenze operative e termini

La domanda deve essere presentata con la documentazione necessaria agli uffici o tramite i canali individuati dall'ASL Novara. L'istruttoria è svolta nel rispetto della normativa sul Servizio Sanitario Nazionale, delle disposizioni della Regione Piemonte e delle Procedure aziendali vigenti. Il rimborso non è automatico: è riconoscibile soltanto nei casi previsti e documentati. Le richieste fondate su situazioni di urgenza o su prestazioni rese fuori dai canali ordinari sono valutate caso per caso, tenendo conto dei presupposti normativi, dell'effettiva necessità e non differibilità delle cure, della documentazione sanitaria e dei principi affermati dalla giurisprudenza applicabile.

Presentare la richiesta entro i termini eventualmente stabiliti dalla normativa regionale, dalle disposizioni aziendali o dalla comunicazione relativa al pagamento. In caso di documentazione incompleta, l'ASL potrà richiedere integrazioni; il mancato riscontro può impedire la definizione favorevole dell'istanza.

Sottoscrizione

Luogo _____ Data ____ / ____ / _____

Firma del/della richiedente

_____

La firma può essere apposta in presenza dell'addetto ovvero accompagnata da copia di un documento di identità in corso di validità, secondo le modalità previste dall'art. 38 del d.P.R. 445/2000.

Spazio riservato all'ASL Novara

Esito istruttoria	Importo riconosciuto	Note / estremi del provvedimento
☐ Accolta ☐ Respinta ☐ Archiviata	Euro _____	_____ _____ _____ _____
Istruttore: _____	Data __ / ___/ _____	Firma / visto _____