

## Ticket o tariffe: richiesta di rimborso

Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail

### DICHIARO DI ESSERE

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

- il diretto interessato  
 il genitore (con la potestà legale)

del minore (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

- il tutore     il curatore     l'amministratore di sostegno

di (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

- l'erede

di (nome) | (cognome)

nato/a il | a | deceduto/a il | a

### CHIEDO

- il rimborso

*scrivere le informazioni richieste*

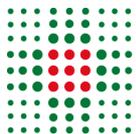
di | euro, versati all'AUSL di Modena in data

per una prestazione con sede di erogazione nel comune di

### COMUNICO CHE

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

- ho pagato il ticket per una prestazione, ma sono esente  
 ho pagato due volte per errore  
 ho pagato per errore una tariffa più alta di quella dovuta  
 la riscuotitrice automatica non ha erogato il resto (o lo ha erogato solo in parte)



ho pagato il ticket per una prestazione che non è stata eseguita in quanto:

ho rinunciato alla prestazione

non è stato possibile eseguire la prestazione per motivi a carico dell'AUSL di Modena, come ad esempio sciopero, guasto di apparecchiatura, prescrizione di prestazione non appropriata, ecc. (*specificare*)

---

---

---

### SCELGO DI

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

ricevere l'accredito sul conto corrente bancario o postale a me intestato (*barrare questa casella solo se il richiedente è intestatario o co-intestatario del conto corrente*)

codice IBAN:

---

ricevere un assegno non trasferibile per posta all'indirizzo (*specificare solo se diverso da quello già indicato*)

Via

| n.

---

Comune

| CAP

| Prov.

presso (*nome*)

| (*cognome*)

---

### ALLEGO

- una copia di un documento di identità in corso di validità

- una copia della ricevuta di pagamento

- il documento (originale, non una copia) che attesta la mancata o parziale erogazione del resto da parte della riscuotitrice automatica

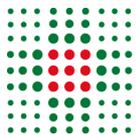
### SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data

| firma (*per esteso e leggibile*)

---



## TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet disponibile su [www.ausl.mo.it/informativaprivacy](http://www.ausl.mo.it/informativaprivacy)

## INFORMAZIONI IMPORTANTI

### Come chiedere il rimborso

Può presentare la sua richiesta in diversi modi:

- di persona
- per posta elettronica ordinaria, all'indirizzo [sportelloonline@pec.ausl.mo.it](mailto:sportelloonline@pec.ausl.mo.it)
- per Posta Elettronica Certificata (PEC), all'indirizzo [sportelloonline@pec.ausl.mo.it](mailto:sportelloonline@pec.ausl.mo.it)

Ricordi che soltanto scrivere da un indirizzo PEC le garantisce la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio.

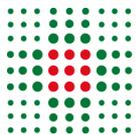
Nel caso di mancata o parziale erogazione del resto da parte della riscuotitrice automatica, non può presentare la richiesta per posta elettronica perché deve allegare il documento originale emesso dalla riscuotitrice (non una copia).

**ATTENZIONE!** Se delega un'altra persona a presentare la sua richiesta, deve ricordarsi di compilare anche il "Modulo di delega".

### Tempi e modalità di risposta

Se la sua richiesta sarà accettata, lei riceverà il rimborso entro 90 giorni dalla data in cui ha presentato la richiesta stessa.

Se la sua richiesta non sarà accettata, lei riceverà una comunicazione scritta entro 30 giorni.



### SPAZIO RISERVATO ALL' AZIENDA USL

Esaminata la documentazione allegata, si esprime parere

POSITIVO

NEGATIVO

per i seguenti motivi:

somma da liquidare di

euro

data

firma e timbro *(Il Referente amministrativo della procedura)*



### RICEVUTA DELL' AUSL DI MODENA PER IL CITTADINO

Ricevo la richiesta di rimborso

del/della sig/sig.ra

nome

cognome

e

copia della ricevuta di pagamento, per l'importo di

euro

il documento che attesta la mancata o parziale erogazione del resto da parte della riscuotitrice automatica, per l'importo di

euro

data

firma e timbro *(Il Referente amministrativo della procedura)*