

ISTANZA DI RIMBORSO PAGAMENTO

Il/a sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
residente a _____ in via _____
telefono _____ Codice Fiscale _____
email (*obbligatorio*) _____

in qualità di:

- ☐ diretto interessato
☐ Amministratore di sostegno
☐ tutore
☐ curatore
☐ altro (specificare) _____

di (utente/ospite) _____
Nato/a il _____ a _____
Codice fiscale _____
ospite della struttura residenziale _____
situata in _____

oppure

- ☐ legale rappresentante della ditta _____
indirizzo _____ P. IVA _____

CHIEDE

il rimborso del pagamento di euro _____, effettuato il _____ a mezzo:

- ☐ pagamento con PagoPa ☐ pagamento presso la cassa del CUP
☐ pagamento presso riscuotitori automatici ☐ pagamento con bonifico bancario

per la seguente motivazione:

- ☐ **pagamento eccessivo** avendo pagato in maniera superiore al dovuto;
☐ **doppio pagamento** avendo eseguito due pagamenti per la stessa prestazione;
☐ **pagamento non dovuto**
☐ **altro**

Breve descrizione dell'accaduto (*obbligatoria*) _____

Chiede che il rimborso, se e per quanto dovuto, sia eseguito mediante bonifico in C/C bancario/postale alle seguenti coordinate:

IBAN
(obbligatorio)

[illegible]

Intestatorio del C/C _____

Codice fiscale/P.IVA dell'intestatario del C/C _____

Residenza/Sede legale dell'intestatario del C/C: Via _____ n. _____

CAP Città provincia

Si allega la seguente documentazione (obbligatoria):

- Originali o copia conforme della/e ricevuta/e di pagamento
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e dell'intestatario delle ricevute di pagamento
- Copia del documento di identità in corso di validità dell'intestatario del conto corrente indicato

Luogo, data Firma

Vanno comunicate tempestivamente all'Azienda eventuali variazioni di indirizzo e/o dei dati relativi al conto corrente intervenute dopo l'invio dell'istanza di rimborso e prima della ricezione dello stesso.

Indicazioni per la trasmissione dell'istanza di rimborso: Qualora il presente modulo sia stato trasmesso da un ufficio aziendale di riferimento, la restituzione dello stesso compilato dovrà avvenire verso il medesimo ufficio.

Diversamente l'istanza va inviata alla casella di posta elettronica: protocollo@aulss2.veneto.it

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Reg. UE 2016/679). Per ulteriori informazioni si rinvia espressamente alla "Informativa agli utenti" pubblicata nel sito aziendale www.aulss2.veneto.it, in quanto applicabile.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Ufficio Proponente (da compilare)

Nome Operatore _____ Tel. interno _____

Visto, ☐ NON si autorizza ☐ si autorizza il rimborso di Euro

Luogo, data _____ Timbro e firma _____