

**Alla Cassa ticket  
del PTA**

**Oggetto:** Rimborso Cassa Ticket

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Codice  
Fiscale \_\_\_\_\_ Residente a  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Per Conto:  Proprio  del Minore  del Tutelato

Nome (Solo nel Caso sia diverso del richiedente)

**CHIEDE**

Il rimborso della somma di Euro \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) Di cui  
alla ricevuta allegata alla presente, per il seguente motivo: \_\_\_\_\_ Di Dichiaro che il  
giorno \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, non è stato effettuato l'Esame - Visita - Prestazione per il seguente motivo

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pertanto chiede che l'importo del ticket di cui sopra mi venga rimborsato:

mediante :  assegno bancario  bonifico bancario/postale  mediante quietanza sportello BNL

Paese / Check / Cin / ABI / CAB / C/C

Palermo \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente

Il Responsabile Medico dell'ambulatorio dichiara che non è stato possibile effettuare la prestazione per il  
seguente motivo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma e Timbro**

Il responsabile della Cassa Ticket, effettuati i controlli Amministrativi contabili, in considerazione della  
dichiarazione del Responsabile Medico, dichiara che l'importo di cui sopra risulta incassato con la fattura  
n/ricevuta n. .... del ..... Che si allega in copia alla presente, unitamente alla  
fotocopia della ricetta, del documento di riconoscimento e del codice fiscale.

Visto l'Art. 6 del regolamento dell'attività di riscossione delle casse aziendali adottato con deliberazione 0099 del 07 Marzo 2013  
che disciplina le procedure per il rimborso agli assistiti della quota ticket;  
Visti i controlli effettuati dal Resp.le Medico per la parte sanitaria e del Resp.le della Cassa Ticket per la parte Amministrativa  
autorizza il rimborso di cui sopra, per il tramite dell'U.O.C. Contabilità Generale e Gestione Tesoreria.

Timbro e Firma del  
Direttore