

Al Direttore Generale
dell'Azienda Sanitaria
(o Ospedaliera).....

E, p.c.: Al Movimento Consumatori
Osservatorio Farmaci & Salute
a mezzo Fax:

Oggetto: Richiesta di rimborso per prestazione in regime privato.

Il sottoscritto, nato a il,
residente a, in Via,
Cod. Fisc.:

Premesso

- Che in data gli è stato prescritto il seguente accertamento diagnostico (o visita specialistica):
- Che in data il CUP ha comunicato l'impossibilità di prenotare la prestazione richiesta prima del
- Che in data con lettera raccomandata ricevuta il, il sottoscritto richiedeva che la prestazione richiesta venisse resa in regime di attività libero-professionale intramuraria con onere a carico del SSN ai sensi del D.Lgs. 124/98, art. 3, co. 13;
- Che a tale richiesta codesta Azienda non ha dato alcun riscontro;
- Che la prestazione richiesta, per la sua natura di urgenza, incompatibile con i tempi di attesa previsti, si è dovuta effettuare privatamente, in data presso
- Che per la suddetta prestazione il sottoscritto ha anticipato la somma di €, come da fattura che si allega;

Chiede che la somma anticipata gli sia rimborsata da codesta Azienda, al netto di quanto eventualmente dovuto a titolo di ticket.

..... (luogo e data)

(firma dell'interessato)