PROVA ORALE

ASLCagliari

S.C. Area Amministrativa Presidi

All' Ufficio Ticket
del Poliambulatorio_____

Oggetto: **Rimborso pagamento per mancata effettuazione di prestazioni sanitarie.**

PARTE A.- DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO DELL'UNITA' OPERATIVA CHE AVREBBE DOVUTO EROGARE LA PRESTAZIONE SANITARIA.

Con la presente, il sottoscritto dott._____ in servizio presso Ambulatorio_____ del Poliambulatorio_____

DICHIARA

che il Sig._____ non ha effettuato le prestazioni sanitarie di cui alla quietanza/fattura n._____ emessa il_____ dall'Uff.Ticket del Poliambulatorio_____ per i seguenti motivi:

- ☐ improvvisa assenza/indisponibilità del medico preposto all'attività ambulatoriale;
- ☐ guasto apparecchiatura;
- ☐ rinuncia del paziente, che ha provveduto a disdire la prenotazione (almeno 24 ore prima);
- ☐ altro_____

Cagliari, _____ _____

(timbro e firma del medico che rilascia la dichiarazione)

PARTE B.- DA COMPILARE A CURA DELL'UTENTE.

Il/la sottoscritto/a_____ nato/a a_____
(cognome e nome)

(_____) il___/___/_____ Codice fiscale/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ e residente
(Prov.)
in _____ (_____) Via/P.zza_____ n._____
(Città) (Prov.)

CHIEDE

Il rimborso del pagamento relativo alla quietanza/fattura n._____ del_____ rilasciata dall'Ufficio Ticket del Poliambulatorio_____ e a tal fine

DICHIARA

- ☐ di non aver ricevuto le prestazioni sanitarie in essa indicate, così come attestato dal medico dell'Unità Operativa che avrebbe dovuto erogarle;
- ☐ di aver rinunciato ad effettuare le prestazioni sanitarie di cui alla quietanza/fattura sopra indicata per i seguenti motivi:_____
_____.
- ☐ di aver diritto all'esenzione dal pagamento del ticket come risulta dalla certificazione allegata.

Ai sensi del D.Lgs. n.196/2003, il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati per le finalità della presente richiesta.

Cagliari, _____ _____

(firma utente)

PARTE C.- RISERVATA ALL'UFFICIO TICKET DEL POLIAMBULATORIO_____

A seguito dei riscontri effettuati, si provvede in data odierna a rimborsare al Sig._____

la somma di €_____ di cui alla QUIETANZA/FATTURA n._____ del_____

per PRESTAZIONE NON ESEGUITA. **TIMBRO E FIRMA OPERATORE TICKET**_____

Cagliari_____ **FIRMA UTENTE PER RICEVUTA**_____

PROVA ORALE

ARES Sardegna
Azienda Regionale Salute

Servizio
Ricerca e Selezione delle Risorse Umane

Alla SC Ricerca e Selezione delle Risorse Umane
Ufficio di Sanluri
SEDE

Oggetto: accettazione assunzione a tempo indeterminato/determinato

_l_ sottoscritt__ _____ nat__ il _____

a _____, residente in _____ cap. _____ Via/Piazza _____ n° _____, recapito telefonico _____, idoneo/a

☐ nel pubblico concorso per _____

☐ nella pubblica selezione per _____

☐ nella procedura di stabilizzazione _____

DICHIARA

☐ DI ACCETTARE ☐ NON ACCETTARE

l'assunzione a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato ☐ nella qualifica medesima, presso la ASL n. 6 Medio Campidano/ARES.

Sanluri, _____

_____
(firma)

si allega:
- documento di identità in corso di validità
- codice fiscale