

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

**Oggetto:** Istanza di rimborso somma pagata per urgente prestazione privata a causa di mancata disponibilità di prestazione in regime di attività libero-professionale intramuraria.

**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 prenotazione 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 euro ..... 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.  
Si allega fattura.

Luogo e data .....

Firma dell'interessato