



RICHIESTA RILASCIO DEL BONUM (Allegato 1)
PER RISARCIMENTO DEL DISAGIO ARRECATO
(ISTITUTO DEL BONUM-MALUM)

ai sensi della Deliberazione del Direttore Generale n. 298 del 01/06/2022

Questo modulo deve essere compilato in ogni sua parte e **presentato entro 30 giorni** dalla data della mancata effettuazione della prestazione dal diretto interessato o da un suo delegato (munito di delega) secondo le **seguenti modalità**:

1. Consegnato personalmente o inviata tramite posta ordinaria (a mezzo di raccomandata) a:

Ufficio Relazioni con il Pubblico - Azienda USL Valle d'Aosta, via Guido Rey, 1 - 11100 AOSTA

2. Via posta elettronica certificata (PEC) a: protocollo@pec.ausl.vda.it

Attenzione: sono da ritenersi irricevibili le istanze inviate tramite posta elettronica semplice (e-mail)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome e nome

codice fiscale

nato/a il a

residente a CAP Prov.

via n. tel.

Indirizzo e-mail PEC

facoltativo

facoltativo

in qualità di:

diretto/a interessato/a

genitore/tutore legale di (*nome e cognome*)

nato/a il a

delegato/a da (*nome e cognome*)

nato/a il a

Allegare copia del documento di identità.

Nel caso di delega, allegare **copia del documento di identità del delegante** e il **modulo di delega**.

CHIEDE

All'Azienda USL Valle d'Aosta il rilascio del "**BONUM**" di **euro 50,00** ai sensi delle normative vigenti e del Regolamento aziendale per il funzionamento dell'istituto del "Bonum-Malum", per mancata prestazione soggetta a prenotazione da parte delle stutture dell'Azienda USL.

‰

Sono da ritenersi irricevibili le richieste pervenute oltre i termini previsti o in maniera incompleta e/o mancanti della documentazione richiesta oppure non presentate secondo le indicazioni precedenti.

Tipo di prestazione o visita prenotata

presso l'ambulatorio o il reparto di:

giorno della prenotazione

ora

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

MOTIVO DELLA RICHIESTA

CHIEDE CHE L'IMPORTO GLI VENGA CORRISPOSTO:

- a mezzo **bonifico bancario/postale** intestato alla persona titolare della prestazione
(o al genitore/tutore se minore)

IBAN

- con **ricezione di avviso di pagamento**, a seguito del quale potrà recarsi presso qualsiasi filiale **UNICREDIT** per l'incasso in contanti

Allegati:

- documento di identità**

- documento di identità del delegante**

altro

Data

firma

PER INFORMAZIONI

Azienda USL Valle d'Aosta - Ufficio Relazioni con il Pubblico - URP

Via Guido Rey, 1 - AOSTA

Tel. 0165 544418 - 544815 - 544688 • E-mail: urp.aosta@ausl.vda.it

Informazioni ai sensi degli articoli 13/14 del Regolamento UE 2016/679.

I dati personali raccolti all'interno della presente istanza saranno trattati secondo le modalità di cui all'informativa presente sul sito internet dell'Azienda USL Valle d'Aosta www.ausl.vda.it sotto la voce "Privacy".