



**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](mailto: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](mailto: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](http://www.ausl.vda.it) sotto la voce "Privacy".