

ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA

D.lgs n. 38 del 04/3/2014 di recepimento della Direttiva 2011/24/UE

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE

Il/La Sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____

Via/Piazza _____ n° Civico _____

Tel. _____ e-mail _____

C.F.: _____

Per sé

In qualità di

(genitore, amministratore di sostegno, o altro soggetto formalmente delegato)

Per conto di

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____

Via/Piazza _____ n° Civico _____

C.F.: _____

CHIEDE

il rimborso delle spese di euro _____ sostenute per prestazioni sanitarie cui ha

dovuto far ricorso per: **SÉ STESSO**

UNFAMILIARE

Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ Grado di parentela _____

come dai sotto elencati documenti allegati in **originale**:

Dichiara di non aver potuto usufruire dell'assistenza diretta per i seguenti motivi:

Ai fini dell'erogazione del rimborso, si indicano i seguenti riferimenti bancari

codice IBAN conto corrente _____

codice SWIFT conto corrente _____

intestato a: _____

Ai sensi del D.lgs. 196/2003, il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali e/o sensibili forniti per le finalità legate alla presente istanza.

L'Amministrazione ricevente è titolare dei dati. I dati forniti dall'utente verranno trattati, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto del decreto legislativo n. 196/03, e successive modificazioni. All'utente competono i diritti previsti dall'art. 7 di tale decreto, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Luogo, data

Firma dell'assistito e/o genitore/tutore del minore
