



ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA

D. lgs n. 38 del 28/2/2014 di recepimento della Direttiva 2011/24/UE

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE

Il sottoscritto: _____ (cognome e nome)
nato il _____ a _____
residente in _____ via: _____
telefono n: _____ e.mail _____
codice fiscale n.: _____
<input type="checkbox"/> Per sé
<input type="checkbox"/> in qualità di _____ _____ (genitore, amministratore di sostegno, o altro soggetto formalmente delegato)
Per conto di _____ (Cognome) (Nome)
Nato/a _____ il _____
Residente a _____
Via _____ n. civ. _____ C.A.P. _____
C.F.: _____

CHIEDE

il rimborso delle spese di € _____ sostenute per prestazioni sanitarie cui ha dovuto far ricorso per:



se stesso

il familiare _____ nato il _____

(cognome nome e relazione 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.

Data _____

Firma _____