

ALLEGATO 25 - DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA - D.LGS N. 38 DEL 28/02/2014 DI RECEPIMENTO DELLA DIRETTIVA 2011/24/UE

Io sottoscritto/a

nome		cognome			
nato/a il		a		prov.	
residente a					
via				n.	
telefono		e.mail		c.f.	

per sé

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

per conto di: nome		cognome				
nato/a il		a				
residente a				cap		
via			n.		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 del conto corrente

codice IBAN		codice SWIFT	
intestato a			

Luogo e data

Firma

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.