Regione Puglia

AZIENDA SANITARIA LOCALE PROVINCIA DI BARI

Lungomare Starita, 6 P.I./ C.F. 06534340721 - 70123- Bari

RICHIESTA DI RIMBORSO SECONDO LA DIRETTIVA EUROPEA 2011/24/UE SULL'ASSISTENZA TRANSFRONTALIERA

Il/La sottoscritto/a (richiedente) _____
(Cognome e nome)

Nato/a _____
(Comune)

il □□/□□/□□□□ Codice Fiscale □□□□□□□□□□□□□□□□

E residente a _____ C.A.P. □□□□□ prov._____

In via _____ n°_____
(indirizzo)

Recapito telefonico _____
(fisso – cellulare)

Indirizzo posta elettronica (PEC) _____

C H I E D E

□ per sé □ per il seguente familiare:

_____
(Cognome e nome)

Nato/a _____
(Comune)

il □□/□□/□□□□ Codice Fiscale □□□□□□□□□□□□□□□□

□ **l'autorizzazione preventiva con l'indicazione dell'importo rimborsabile**
□ **unicamente la comunicazione dell'importo eventualmente da rimborsare**
□ **il rimborso di prestazioni già fruite**

della seguente prestazione sanitaria:

□ ricovero ospedaliero dal □□/□□/□□□□ al □□/□□/□□□□

□ ricovero diurno il □□/□□/□□□□

□ prestazioni ambulatoriali il □□/□□/□□□□

- Struttura Estera

_____

(Ospedale, Clinica Ospedaliera – Indirizzo)

- Indicazione Diagnostica e Terapeutica

_____

_____

- Prestazione Sanitaria

_____

- Caso particolarmente urgente
  ☐ NO ☐ SI (motivare adeguatamente)

_____

_____

☐ **Prescrizione su ricetta rossa esistente**

Si chiede di corrispondere il rimborso tramite:

☐ Bonifico su conto corrente bancario:

IBAN ☐☐ ☐☐ ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

_____

(Nome della Banca / Agenzia)

Intestato a _____

(Cognome e Nome)

<u>Si fa presente che la data della fattura deve essere successiva all'autorizzazione da parte dell'Azienda Sanitaria</u>

Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (decreto legislativo n. 196/2003 e successive modifiche)

Titolare dei dati è la ASL BARI. I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'Amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto del decreto legislativo n. 196/2003 e successive modifiche. 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 e data)

_____

(firma del/della richiedente)

Per informazioni consultare il sito www.asl.bari.it
Oppure rivolgersi a URP ASL BA N.V. 800 019 467 – 080 5844091