

Al Distretto Socio Sanitario n. _____

E-mail _____

**L'ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA ai sensi del
Dlgs. n. 38 del 28.02.2014 di recepimento della Direttiva europea 2011/24/UE**

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE

Il/La sottoscritto/a cognome e nome.....

nato/a il..... a.....

codice fiscale.....

residente a.....CAP.....Via/Piazza.....

tel/cell..... e-mail.....

per sé o in qualità di (genitore, familiare, amministratore delegato) per conto di

cognome e nome.....nato/a il.....

a.....codice fiscale.....

residente a.....CAP.....Via/Piazza.....

Tel/cell.....e-mail.....

CHIEDE

Il rimborso delle spese di €.....sostenute per prestazioni sanitarie

cui ha dovuto far ricorso per se stesso.....

o per il familiarenato il.....
(cognome e relazione di parentela)

Come dai sotto elencati documenti 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.....

Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 679/2016 (Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali).

I dati forniti saranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 13-14 del GDPR 679/2016, 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.

Preso atto dell'Informativa di cui sopra, il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data _____

Firma _____