

Al Distretto Socio Sanitario n. _____

E-mail _____

Richiesta rimborso per la vaccinoterapia L.R.14/2004

Il/la Sottoscritto/a _____

Codice fiscale _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____ TEL _____

Chiede

Per se o per figlio/a minore _____ nato/a il _____

C.F: _____

ai sensi della normativa vigente, di essere ammesso al rimborso per la vaccinoterapia prescritta dal

Centro Specialistico _____

IL/ La sottoscritto/a, ai sensi della vigente normativa **autocertifica** di:

- essere cittadino italiano;
- essere residente in _____

FIRMA

Ai sensi del DPR 445 /2000 art.47 - Dichiaro, preventivamente, ammonito sulle responsabilità penali cui andrà incontro in caso di dichiarazione mendace, di aver conseguito nell'anno _____ un reddito complessivo del Nucleo familiare non superiore a **€. 20.000 annui**.

Inoltre **Dichiaro** di non aver prodotto alcuna istanza presso altri Enti Pubblici o Privati per il rimborso delle succitate spese.

FIRMA

Si allega:

Attestazione della struttura sanitaria pubblica;

Fattura in originale delle spese sostenute in contrassegno/bollettino postale.

Modalità di Riscossione: Si richiede che il pagamento venga effettuato a mezzo.

- ACCREDITO C/C IBAN _____

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 _____