

Allegato B

**ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA
D.lgs n. 38 del 4.3.2014 di recepimento della Direttiva 2011/24/UE**

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PRE STAZIONI SANITARIE

Il sottoscritto: _____
(cognome e nome)

Nato il _____ **a** _____

Residente in _____ **Via** _____

Telefono n. _____ **e-mail** _____

Codice fiscale n. _____

Per sé

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 Euro _____ **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 dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto del decreto legislativo n. 196/03, e successiva 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