

DOMANDA DI RIMBORSO DI SPESE SANITARIE E ASSIMILATE

Il sottoscritto

Nato il a

Residente in via

telefono Codice fiscale

chiede il rimborso della spesa sostenuta per prestazioni sanitarie

- per sé stesso
- per il Sig. Codice Fiscale.....
Nato/a a.....(.....) il.....
Residente a(.....) via..... n.
 giusta delega genitore del minore tutore/curatore

Le prestazioni sanitarie sono le seguenti:

condizioni di salute, prestazioni sanitarie e spese sono comprovate dai seguenti documenti allegati in originale:

il rimborso potrà essere corrisposto mediante:

- invio al domicilio di assegno non trasferibile (solo per importi fino a 999,00 euro)
- accredito in conto corrente IBAN
intestato a
- altre forme (solo per importi fino a 999,00 euro):

Data Firma (leggibile)

Dichiarazione ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003

Dichiaro di essere stato informato che i dati personali sopra riportati saranno trattati, anche con strumenti informatici, come prescritto dalla disposizioni vigenti, ai fini del procedimento per il quale sono richiesti (liquidazione e pagamento rimborso e conseguenti adempimenti civilistici, contabili e fiscali) ed esprimo il mio consenso al trattamento degli stessi esclusivamente a tale scopo.

Data Firma (leggibile)

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003

L'Azienda per i Servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale", in qualità di Titolare del trattamento, La Informa che i dati raccolti attraverso la compilazione del modulo vengono trattati per scopi strettamente inerenti alla verifica delle condizioni per l'erogazione del servizio/prestazione richiesto/a, secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge o regolamentari. I dati possono essere comunicati ai soggetti istituzionali nei soli casi previsti dalle disposizioni di legge o regolamento.

I dati da Lei forniti verranno trattati sia utilizzando mezzi elettronici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei. I dati da lei forniti potranno essere utilizzati ai fini della verifica della esattezza e veridicità delle dichiarazioni rilasciate, nelle forme e nei limiti previsti dal D.P.R. 445/2000.

Le ricordiamo che in qualità di interessato, Lei può esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del codice privacy, al fine di: a) conoscere, mediante accesso gratuito, l'origine dei dati personali, le finalità e modalità di trattamento, gli estremi identificativi dei soggetti che li trattano; b) ottenere l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione dei dati che la riguardano, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, se contenuti in documenti suscettibili di tali modificazioni; c) opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati che la riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta. Si ricorda che in caso di mancato inserimento di uno o più dati obbligatori non potrà godere del servizio (o prestazione) richiesto.

Il Responsabile del trattamento dei dati è: avv. Vittorina Colò - Tel. 0434 369929 SC Affari Generali e Legali - Per esercitare i diritti previsti all'art. 7 del Codice della Privacy, sopra elencati, l'interessato dovrà rivolgere richiesta scritta indirizzata a: Ufficio Relazione con il Pubblico (URP) dell' Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" -Via Vecchia Ceramica , 1 -33170 Pordenone - Tel. 0434 /369988 – Fax: 0434/523011 – e-mail: urp@ass6.sanita.fvg.it

**Informativa
ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003**

L'Azienda per i Servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale", in qualità di Titolare del trattamento, La Informa che i dati raccolti attraverso la compilazione del modulo vengono trattati per scopi strettamente inerenti alla verifica delle condizioni per l'erogazione del servizio/prestazione richiesto/a, secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge o regolamentari.

I dati possono essere comunicati ai soggetti istituzionali nei soli casi previsti dalle disposizioni di legge o regolamento.

I dati da Lei forniti verranno trattati sia utilizzando mezzi elettronici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei.

I dati da lei forniti potranno essere utilizzati ai fini della verifica della esattezza e veridicità delle dichiarazioni rilasciate, nelle forme e nei limiti previsti dal D.P.R. 445/2000.

Le ricordiamo che in qualità di interessato, Lei può esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del codice privacy, al fine di: a) conoscere, mediante accesso gratuito, l'origine dei dati personali, le finalità e modalità di trattamento, gli estremi identificativi dei soggetti che li trattano; b) ottenere l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione dei dati che la riguardano, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, se contenuti in documenti suscettibili di tali modificazioni; c) opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati che la riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta.

Si ricorda che in caso di mancato inserimento di uno o più dati obbligatori non potrà godere del servizio (o prestazione) richiesto.

Il Responsabile del trattamento dei dati è: avv. Vittorina Colò - Tel. **0434 369929** SC Affari Generali e Legali - Per esercitare i diritti previsti all'art. 7 del Codice della Privacy, sopra elencati, l'interessato dovrà rivolgere richiesta scritta indirizzata a: **Ufficio Relazione con il Pubblico (URP)** dell' Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" -Via Vecchia Ceramica , 1 -33170 Pordenone - Tel. 0434 /369988 – Fax. 0434/523011 – e-mail: urp@ass6.sanita.fvg.it

DELEGANTE (assistito) →

Il sottoscritto..... Codice Fiscale.....

Nato/a a.....(.....) il.....

Residente a(.....) via.....n.....

Recapito telefonico..... (si allega fotocopia del documento di identità)

DELEGA a presentare istanza di domanda di rimborso per le spese sanitarie sostenute

DELEGATO →

Il sottoscritto..... Codice Fiscale.....

Nato/a a.....(.....) il.....

Residente a(.....) via.....n.....

Recapito telefonico..... (si allega fotocopia del documento di identità)

e chiede inoltre che il rimborso sia corrisposto secondo le seguenti modalità:

Beneficiario Sig/Sig.ra Codice Fiscale

via n Città.....(.....)

- invio di assegno non trasferibile all'indirizzo suddetto (per importi fino a 999,00 euro)
- pagamento in contanti presso lo sportello del Tesoriere (per importi fino a 999,00 euro)
- accredito in conto corrente bancario IBAN comprensivo di 27 caratteri alfanumerici (**compilare sotto**)

Codice Internazionale <small>(dopo IT mettere solo i due numeri)</small>		Codice CIN <small>(Solo una lettera)</small>	Codice ABI <small>(Solo numeri)</small>	Codice CAB <small>(Solo numeri)</small>	N. di Conto Corrente Bancario <small>(se i numeri di conto non riempiono tutte le caselle, anteporre ai numeri tanti zeri quanti sono gli spazi rimasti liberi)</small>
I	T				

Intestato a presso la banca

agenzia/filiale di

data

Firma del delegante

.....
Allegati: documenti di identità del delegante e del delegato