REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
As FO
Azienda sanitaria Friuli Occidentale

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

TRASFERIMENTO ALL'ESTERO PER CURE DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE (MOD. 5)

Rev. 2020

DOMANDA DI RIMBORSO DI SPESE SANITARIE E ASSIMILATE

Il sottoscritto ……C.f. ……

Nato il …… a …… Residente a ……..……...

via ……..... telefono ……..……..

A seguito di autorizzazione con ☐ Mod.S2 del ……..... …,
oppure con ☐Altro documento del ……..……

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******

Dichiara che le prestazioni sanitarie effettuate e già autorizzate sono le seguenti:

……

……...……...…….

Dichiara quanto segue e in particolare che le condizioni di salute, le prestazioni sanitarie e le spese sono comprovate dai seguenti documenti che si allegano in originale:

……...……

……

……..……

……..

. ……..

……..

CHIEDE di ricevere il rimborso secondo le seguenti modalità: *(preferenza per l'accredito)*

Beneficiario Sig/Sig.ra …… Cod.Fisc ……..……..

via ……..…….n……. Città……(…….)

❑ invio assegno non trasferibile *(per importi fino a 999,99 euro)* solo se il beneficiario corrisponde all'assistito

❑ pagamento in contanti presso sportello Unicredit *(per importi fino a 999,99 euro)*

❑ **accredito in conto corrente bancario/postale IBAN comprensivo di 27 caratteri alfanumerici *(compilare sotto)***

Codice Internazionale *(dopo IT mettere solo i due numeri)*	***Codice CIN*** *(Solo una lettera)*	***Codice ABI*** *(Solo numeri)*	***Codice CAB*** *(Solo numeri)*	***N. di Conto Corrente Bancario/Postale*** *(Numeri e lettere)*
I T				

(esclusi Libretti Postali /Bancari)

Intestato a ……

presso la banca/posta ……..……..…… agenzia/filiale di …….

Dichiara *inoltre di aver ottenuto e compreso l'informativa per il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi dell'art. 13 del* ***Codice della Privacy*** *e conseguentemente* ***esprime il consenso*** *al trattamento e alla comunicazione dei dati personali e sensibili ai fini del procedimento per i quali sono richiesti e per le finalità di tutela della salute e dell'incolumità fisica (artt. 13, 76, 81 D.Lgs 30/6/2003 n. 196)*

Data …… **Firma *(leggibile)*** **……**

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

L'Azienda sanitaria Friuli Occidentale, in qualità di Titolare del trattamento, La Informa che i dati raccolti attraverso la compilazione del modulo per la dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà 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 dal 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: dott. Alberto Fontana - Tel. 0434 369323 SC Affari Generali - 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 sanitaria Friuli Occidentale -Via Vecchia Ceramica , 1 - 33170 Pordenone - Tel. 0434 /369988 – Fax. 0434/523011 – e-mail: urp@asfo.sanita.fvg.it*

Allegati obbligatori:

**** delega, copia documenti identità delegato e delegante;***

***** copia documento tribunale***