

**DELEGA PER DOMANDA RIMBORSO (MOD. 3 – REV. 2020 AG)**  
**SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE MEDICALMENTE NECESSARIE FRUITE**  
**DURANTE UN SOGGIORNO TEMPORANEO ALL'ESTERO AI SENSI ART. 25 REG.UE 987/2009**

DELEGANTE →  
 (assistito)

Il/La sottoscritta.....  
 Nato/a a.....(.....) il.....  
 Residente a.....(.....)  
 via.....n.....  
 Codice Fiscale \_ \_ \_ \_ \_  
 Tel/Cell ..... E-mail .....

**DELEGA a presentare la domanda di rimborso** per le spese sanitarie sostenute in proprio per prestazioni medicalmente necessarie durante un temporaneo soggiorno in .....

DELEGATO →

Il/La sottoscritta.....  
 Nato/a a.....(.....) il.....  
 Residente a.....(.....)  
 via.....n.....  
 Codice Fiscale \_ \_ \_ \_ \_  
 Tel/Cell ..... E-mail .....

**CHIEDE inoltre che il rimborso sia corrisposto** secondo le seguenti modalità *(con preferenza per l'accredito)*:

Beneficiario ..... Cod.Fisc .....  
 via .....n..... Città.....(.....)

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

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

(esclusi Libretti Postali /Bancari)

Intestato a .....

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

Solo in via residuale con:  Invio di assegno non trasferibile all'indirizzo suddetto *(importi fino a 999,99 euro)*  
 Pagamento in contanti presso sportello Banca Intesa Sanpaolo *(importi fino a 999,99 euro)*

L'Azienda sanitaria Friuli Occidentale, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, tratterà i Suoi dati personali, anche al fine della presente richiesta, in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE n. 679/2016 e d.lgs. 196/2003, come modificato dal d.lgs. 101/2018). L'informativa (Informativa per il trattamento dei dati personali generale e tramite Dossier Sanitario Elettronico) e il relativo modulo di consenso, valevoli per tutti i trattamenti di dati personali della S.V. effettuati presso l'ASFO, sono pubblicati nel sito web istituzionale <https://asfo.sanita.fvg.it/> (sezione Privacy, Espressione del consenso).

data

Firma del delegante

.....

**Allegare sempre: documenti di identità del delegante e del delegato**