

DOMANDA DI RIMBORSO CONTRIBUTO

Cure climatiche, termali e soggiorni terapeutici a favore degli invalidi per cause di guerra/servizio e categorie assimilate ai sensi della L.R. 27 novembre 2001 n. 25

Il sottoscritto.....
 Nato ila
 Codice Fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
 Residente in via
 telefono e-mail

CHIEDE il pagamento del contributo ai sensi della L.R. 27 novembre 2001 n. 25

per se stesso Oppure per il Sig.¹.....
 Nato a.....(.....) il.....
 Residente a.....(.....) Via.....n.....
 Codice Fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
 giusta delega tutore/curatore/amm.sostegno (certificato)

ALLEGA la documentazione probante prevista, in particolare l'**attestazione** della struttura e il **titolo di spesa** per il soggiorno effettuato, a meno di variazioni che verranno apportate dalla DGR FVG per l'anno in corso, a cui ci si deve attenere

L'ATTESTAZIONE della struttura o stabilimento presso il quale sono state effettuate le cure climatiche e termali indicante la tipologia delle cure effettuate nonché il periodo corrispondente agli effettivi giorni di cura. Il TITOLO DI SPESA (fattura, ricevuta fiscale o altra regolare documentazione comprovante la spesa sostenuta per il soggiorno) in originale con relativa quietanza di pagamento ove necessaria, deve essere intestato al destinatario del contributo e deve riferirsi chiaramente a lui e all'accompagnatore qualora ne sia riconosciuta la presenza, nonché riportare con evidenza i giorni di effettiva presenza (si precisa che il contributo viene concesso per garantire il soggiorno ai fini di cura ai soli destinatari della legge regionale e viene commisurato alle cure attestate. I titoli di spesa quindi non devono essere riferiti a soggetti non destinatari della legge regionale. Il semplice scontrino generico non vale come titolo di spesa idoneo se privo di tutte le caratteristiche suddette).

CHIEDE che il rimborso sia pagato nei seguenti termini²:

Beneficiario Cod.Fisc
 vian..... Città.....(.....)

ACCREDITO in conto corrente bancario/postale 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>(Numeri e lettere)</small>																		
I	T																						

(esclusi Libretti Postali /Bancari)

Intestato a
 presso la banca/posta agenzia/filiale di

Solo in via residuale con: Pagamento in contanti presso sportello Banca Intesa Sanpaolo (*importi fino a 999,99 euro*)
 Invio di assegno non trasferibile all'indirizzo suddetto (*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 per il trattamento dei dati personali tramite Dossier Sanitario Elettronico completa, valevole per tutti i trattamenti di dati personali della S.V. effettuati presso l'ASFPO, è pubblicata nel sito web istituzionale <https://asfo.sanita.fvg.it/> (sezione Trattamento dati, Espressione del consenso).

Data **Firma (leggibile)**

¹ In caso di DELEGA (delega, copia documenti identità delegato e delegante); in caso di tutore/curatore/amm.sostegno (copia documento tribunale).
² Se viene compilata la DELEGA alla presentazione della domanda di rimborso i termini di pagamento verranno compilati nel foglio di delega

DELEGA

DELEGANTE (assistito) →

Il sottoscritto.....
 Nato ila Codice fiscale
 Residente in via
 telefono e-mail

DELEGA a presentare domanda di pagamento del contributo ai sensi della L.R. 27 novembre 2001 n. 25

DELEGATO →

La/Il sottoscritto.....
 Nato ila Codice fiscale
 Residente in via
 telefono e-mail

CHIEDE INOLTRE che il rimborso sia pagato nei seguenti termini³:

Beneficiario Cod.Fisc
 vian..... 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: Pagamento in contanti presso sportello Banca Intesa Sanpaolo (*importi fino a 999,99 euro*)
 Invio di assegno non trasferibile all'indirizzo suddetto (*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 per il trattamento dei dati personali tramite Dossier Sanitario Elettronico completa, valevole per tutti i trattamenti di dati personali della S.V. effettuati presso l'ASFO, è pubblicata nel sito web istituzionale <https://asfo.sanita.fvg.it/it/> (sezione Trattamento dati, Espressione del consenso).

Data Firma (leggibile)

Allegare fotocopia dei documenti di identità

³ Se viene compilata la DELEGA alla presentazione della domanda di rimborso i termini di pagamento verranno compilati nel foglio di delega