



DOMANDA DI RIMBORSO/INDENNIZZO DI SPESE SANITARIE E ASSIMILATE

Il sottoscritto
 Nato il a
 Residente in via
 telefono Codice fiscale
 e-mail

chiede il rimborso/indennizzo 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 999,99 euro)
- altre forme (solo per importi fino a 999,99 euro)
- Accredito in conto corrente bancario IBAN (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>(se i numeri di conto non riempiono tutte le caselle, anteporre ai numeri tanti zeri quanti sono gli spazi rimasti liberi)</i>
I	T				

intestato a

Specifiche informazioni sul trattamento dei dati personali, effettuato dall'Azienda sanitaria Friuli Occidentale in qualità di titolare del trattamento dati per finalità di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e attività amministrative connesse, sono disponibili al link https://asfo.sanita.fvg.it/it/azienda_informa/privacy.html

Data **Firma (leggibile)**

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 <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>(se i numeri di conto non riempiono tutte le caselle, anteporre ai numeri tanti zeri quanti sono gli spazi rimasti liberi)</i>
I	T				

Intestato a presso la banca

agenzia/filiale di

data

Firma del delegante

.....

.....

Allegati: documenti di identità del delegante e del delegato