

**DOMANDA DI RIMBORSO/INDENNIZZO DI SPESE SANITARIE E ASSIMILATE**

Il sottoscritto .....

Nato il ..... a .....

Residente in ..... via .....

telefono ..... Codice fiscale .....

**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 .....

**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 l'Assistenza Sanitaria n. 5 "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:** dott. Alberto Fontana - Tel. 0434 369111 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 per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" - Via Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone - Tel. 0434/ 369988 - Fax. 0434/ 523011 - e-mail: urp@aas5.sanita.fvg.it

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

L'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "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, ancorché 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 369111\_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 per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" - Via Vecchia Ceramica, 1 -33170 Pordenone - Tel. 0434 /369988 – Fax. 0434/523011 – e-mail: [urp@as5.sanita.fvg.it](mailto:urp@as5.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 (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 (se i numeri di conto non riempiono tutte le caselle, anteporre ai numeri tanti zeri quanti sono gli spazi rimasti liberi)
I	T				

Intestato a ..... presso la banca .....

agenzia/filiale di .....

**data**

**Firma del delegante**

.....

.....

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