

## DOMANDA DI RIMBORSO PER PRESTAZIONI SANITARIE (NON ALL'ESTERO)

Il sottoscritto/a (cognome e nome del titolare del documento)

\_\_\_\_\_ tessera sanitaria n \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice IBAN \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Il rimborso della spesa di € \_\_\_\_\_ sostenuta per prestazioni sanitarie cui ha dovuto ricorrere per se/per il familiare (cognome, nome e relazione parentela)

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ come dai sottoelencati documenti allegati

- TRASPORTI PER DIALISI € \_\_\_\_\_
- DIALISI DOMICILIARE € \_\_\_\_\_
- ALTRO € \_\_\_\_\_

TOTALE € \_\_\_\_\_

DELEGA Il/la Signor/a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Identificata con documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Alla presentazione della domanda di rimborso per mio conto.

(luogo e data) \_\_\_\_\_ firma dell'assistito/a \_\_\_\_\_

## CONSENSO IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER IL CITTADINO / ASSISTITO

Acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita dall'ASST ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti dall'art. 4 lett. d) del citato Decreto, vale a dire "i dati personali idonei a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale".

- AUTORIZZA
- NON AUTORIZZA

ASST di \_\_\_\_\_ al trattamento dei propri dati personali in ambito sanitario a fini di prevenzione, diagnosi e cura, nonché a fini amministrativi, contabili e fiscali, così come indicato nell'informativa.

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_