

**As FO**

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it**TRASFERIMENTO ALL'ESTERO
PER CURE DI ALTISSIMA
SPECIALIZZAZIONE
(MOD. 5-BIS)**

Rev. 2020

DELEGA domanda di rimborso

IL 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

IL DELEGATO →

Il sottoscritto..... Codice Fiscale.....

Nato/a a.....(.....) il.....

Residente a.....(.....) via.....n.....

Recapito telefonico..... (si allega fotocopia del documento di identità)

CHIEDE di ricevere il rimborso secondo le seguenti modalità: (preferenza per l'accreditato)

Beneficiario Sig/Sig.raCod.Fisc.....

vian..... Città.....(.....)

- invio di assegno non trasferibile (per importi fino a 999,99 euro) solo se il beneficiario corrisponde all'assistito
- pagamento in contanti presso sportello Unicredit (per importi fino a 999,99 euro)
- accredito in conto corrente bancario IBAN comprensivo di 27 caratteri alfanumerici (compilare sotto)

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

(esclusi Libretti Postali /Bancari)

Intestato a

presso la bancaagenzia/filiale di

Dichiara inoltre di aver ottenuto e compreso l'informativa per il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi dell'art. 13 del Codice della Privacy e conseguentemente **esprime il consenso** al trattamento e alla comunicazione dei dati personali e sensibili ai fini del procedimento per i quali sono richiesti e per le finalità di tutela della salute e dell'incolumità fisica (artt. 13, 76, 81 D.Lgs 30/6/2003 n. 196)

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 per la dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà 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: avv. Vittorina Colo - Tel. 0434 369929 SC. Affari Generali e Legali - 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' L'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.5 "Friuli Occidentale" - Via Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone - Tel. 0434 / 369988 - Fax. 0434/ 523011 - e-mail: urp@ass6.sanita.fvg.it

Allegati obbligatori: documenti di identità del delegante e del delegato