DOMANDA DI RIMBORSO (MOD. 1 - REV. 2022 AG)

SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE MEDICALMENTE NECESSARIE FRUITE DURANTE UN SOGGIORNO TEMPORANEO ALL'ESTERO AI SENSI ART. 25 REG.UE 987/2009

Il/La sottoscritt _……..

Nato/a a……..……(…….) il…….

Residente a …….(…….) via……n……

Codice Fiscale __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Telefono/Cell…….E-mail……..…

CHIEDE IL RIMBORSO della spesa sostenuta per cure mediche necessarie non programmate, fruite durante un temporaneo soggiorno all'estero nello Stato europeo indicato, nel periodo …… , come certificato da documentazione allegata in originale:

(Indicare lo Stato) ……..……..……..

Stato membro UE, SEE, Svizzera , Regno Unito *(art.25 REG.CEE 987/09; EX art.34 REG.CEE 574/72)*

☐ **per se stesso**

☐ **per il Sig/Sig.ra**[1] ……

Nato/a a……(…….) il……..……

Residente a …….(…….)via…..……..….n…..…

Codice Fiscale __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

☐ giusta delega ☐ genitore del minore ☐ tutore/curatore

Allega ricevute delle spese effettuate ed eventuale documentazione sanitaria per un **Totale di €** .....
Allega il *Mod. 2 "Cause e Circostanze"* compilato e sottoscritto.
Dichiara che lo scopo del soggiorno all'estero non è stato effettuato per motivi di cura.

CHIEDE INOLTRE che il rimborso sia pagato nei seguenti termini[2] *(con preferenza per l'accredito)*:

Beneficiario ……..…… Cod.Fisc ……..……..

via ……..…….n……. Città……(…….)

☐ **ACCREDITO in conto corrente bancario/postale 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* (Numeri e lettere)
I	T				

(esclusi Libretti Postali /Bancari)

Intestato a ……..…….

presso la banca/posta ……..……..…… agenzia/filiale di …….

Solo in via residuale con: ☐ Invio di assegno non trasferibile all'indirizzo suddetto *(importi fino a 999,99 euro)*
☐ Pagamento in contanti presso sportello Banca Intesa Sanpaolo *(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 (Informativa per il trattamento dei dati personali generale e tramite Dossier Sanitario Elettronico) e il relativo modulo di consenso, valevoli per tutti i trattamenti di dati personali della S.V. effettuati presso l'ASFO, sono pubblicati nel sito web istituzionale https://asfo.sanita.fvg.it/it/ (sezione Privacy, Espressione del consenso).

Data …….. **Firma del richiedente ……**

[1] In caso di DELEGA (delega, copia documenti identità delegato e delegante); in caso di TUTORE/CURATORE (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