

DICHIARAZIONE CAUSE E CIRCOSTANZE (MOD. 2 - 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 _____

valendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. sopra citato per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, della normativa sopra indicata

DICHIARA

Che le cause e circostanze che hanno determinato il ricorso al ricovero alle prestazioni sanitarie, nello Stato estero europeo (*indicare lo Stato*): _____

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

- per se stesso
- per il Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____

Sono state le seguenti: _____

Dichiara che lo scopo del soggiorno all'estero non è stato effettuato per motivi di cura e le cure mediche non sono considerabili programmate.

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'ASF0, sono pubblicati nel sito web istituzionale <https://asfo.sanita.fvg.it/it/> (sezione Privacy, Espressione del consenso).

Data

Firma del dichiarante

RISERVATO ALL'UFFICIO

Sulla base della dichiarazione sopra riportata e della documentazione presentata, si esprime **PARERE FAVOREVOLE** alla richiesta di tariffazione all'Istituzione estera competente, per la conferma della necessità delle prestazioni mediche erogate e rimborsabili secondo la normativa vigente nello Stato Estero, ai sensi dei Regolamenti Europei 883/2004 e 987/2009.

Data

Timbro e firma del Responsabile medico o suo delegato

.....