

**ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA**  
**D.lgs n. 38 del 28/2/2014 di recepimento della Direttiva 2011/24/UE**

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE**

<p>Il sottoscritto: _____ (cognome e nome)</p> <p>nato il _____ a _____</p> <p>residente in _____ via: _____</p> <p>telefono n: _____ e.mail _____</p> <p>codice fiscale n.: _____</p> <p>• <b>Per sé</b> • in qualità di _____</p> <p style="text-align: center;">_____ (genitore, amministratore di sostegno, o altro soggetto formalmente delegato)</p> <p><b>Per conto di</b> (Cognome) (Nome) Nato/a _____ il _____ Residente a _____ Via _____ n. civ. _____ C.A.P.: _____ C.F.: _____</p>
--

**CHIEDE**

il rimborso delle spese di € \_\_\_\_\_ sostenute per prestazioni sanitarie cui ha

dovuto far ricorso per: se stesso

il familiare \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

(cognome nome e relazione di parentela)

come dai sotto elencati documenti allegati in **originale**:

---

---

---

---

Dichiara di non aver potuto usufruire dell'assistenza diretta per i seguenti motivi:

---

---

---

<p>Ai fini dell'erogazione del rimborso, si indicano i seguenti riferimenti bancari</p> <p>codice IBAN conto corrente _____</p> <p>codice SWIFT conto corrente _____</p> <p>intestato a: _____</p>
--

Ai sensi del D.lgs. 196/2003, il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali e/o sensibili forniti per le finalità legate alla presente istanza.

L'Amministrazione ricevente è titolare dei dati. I dati forniti dall'utente verranno trattati, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto del decreto legislativo n. 196/03, e successive modificazioni. All'utente competono i diritti previsti dall'art. 7 di tale decreto, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_