

Al Distretto Socio Sanitario n. _____
E-mail _____

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER VISITE OCCASIONALI
(Legge 98/82 - G.U. n. 85 del 27/03/1982)

Il/la sottoscritt _____ nat_ a _____

il _____ residente a _____ in via _____

n° _____ Tel. _____ / N. Cellulare _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

- per sé
- per il/la familiare

_____ (cognome, nome, data di nascita, relazione di parentela)

come dai sotto indicati documenti allegati:

- 1) _____ €
- 2) _____ €

Il rimborso della spesa sostenuta per essersi sottoposto a visita medica occasionale effettuata fuori Regione.

DICHIARA DI AVERE DIRITTO ALLA CONCESSIONE DEL RIMBORSO per i seguenti motivi:

- 1)** † cittadino di età superiore agli anni sessanta (60);_
- 2)** † cittadino minore di anni dodici (12);
- 3)** † cittadino portatore di handicap il cui grado di menomazione è superiore all'80% ai fini dell'attività lavorativa;
- 4)** † lavoratore e/o studente dimorante, per ragioni connesse all'attività lavorativa e di studio, fuori dal proprio domicilio. (Come da allegata documentazione probante).

Si richiede che il pagamento venga effettuato a mezzo:

- 1. ACCREDITO su c/c bancario – IBAN _____

Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 679/2016 (Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali).

I dati forniti saranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 13-14 del GDPR 679/2016, 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. Preso atto dell'Informativa di cui sopra, il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data _____

Firma _____