Domanda di rimborso per prestazioni sanitarie (ex art. 34 del Regolamento C.E.E. 574/72)

Al Distretto Socio Sanitario n. _____
A.S.L. 3

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ CAP_____ in Via_____

Codice Fiscale _____ tel. _____

CHIEDE

il rimborso della spesa di €. _____ da lui sostenuta per prestazioni sanitarie di cui ha dovuto fare ricorso dal _____al _____
per sé/per il familiare _____ (cognome, nome, relazione di parentela)
durante un temporaneo soggiorno in _____

A tal fine allego i seguenti documenti in originale:

1) _____
2) _____
3) _____
4) _____
5) _____

Accredito sul conto corrente IBAN:

Intestato a: _____

Dichiara di aver usufruito dell'assistenza sanitaria all'estero per i seguenti motivi:
_____
_____
_____
_____

Dichiara inoltre di non essersi recato all'estero ai soli fini di ricevere cure.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.lgs 196 del 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e s.m.i.; al fine di permettere l'espletamento degli adempimenti informativi, amministrativi e contabili connessi al rapporto contrattuale.

Data, _____

Firma _____