RICHIESTA RIMBORSO VISITA OCCASIONALE MMG / PLS

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

per sé/per il familiare _____

Il rimborso della/e visita/e occasionale/i dal Dottor _____

Avvenuta in data _____

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

- ☐ Trattasi di minore di anni 12;
- ☐ Trattasi di cittadino di età superiore di anni 60;
- ☐ Di essere lavoratore o studente dimorante, per ragioni connesse all'attività lavorativa o di studio, fuori del proprio domicilio (indicare luogo di lavoro o di studio) _____ _____
- ☐ Portatore di handicap, il cui grado di invalidità riconosciuto dalla competente Commissione dell'ASL n._____ di_____ è pari o superiore all' 80%.

Accredito sul conto corrente IBAN:

Intestato a: _____

A tal fine allego:

_____

_____

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 _____