



DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE ALL'ESTERO EX 25

(Regolamento C.E. n. 883/2004 – art. 25 del Regolamento C.E. n.987/09)

Il/la sottoscritto/a _____ (cognome) _____ (nome)

Nato/a a _____ (luogo) _____ (prov.) il _____

C.F. _____ tel _____ e-mail _____

residente in _____ via _____ cap _____ (luogo) (prov.) (indirizzo)

Codice IBAN																			
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

Il rimborso della spesa € _____ sostenuta per prestazioni sanitarie cui ha dovuto ricorrere dal _____ al _____ durante un temporaneo soggiorno in _____

- per sé
- per conto di:
 - cognome _____ nome _____
 - C.F. _____ in qualità di _____
 - (genitore, amministratore di sostegno o altro soggetto formalmente delegato)

Come da documenti allegati alla presente domanda:

- 1) _____
 - 2) _____
 - 3) _____
- Totale _____

DICHIARA

Di aver usufruito dell'assistenza sanitaria all'estero per i seguenti motivi (indicare in modo dettagliato sintomi, disturbi, cure):

Dichiara inoltre di non essersi recato all'estero al solo fine di ricevere cure.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER IL CITTADINO/ASSISTITO

ai sensi del regolamento (UE) 2016/679 (protezione delle persone fisiche con riguardo ai dati personali, nonché alla libera circolazione dei dati) e del D.Lgs. 108/2018, le informazioni contenute nella presente comunicazione, sono riservate e ad uso esclusivo del destinatario. La diffusione, distribuzione e/o copiatura del presente documento ed eventuali allegati da parte di qualsiasi soggetto diverso dai destinatari è proibita; tale divieto di diffusione è sanzionato dal Regolamento UE 2016/279 e dal D. Lgs. 101/2018.

Firma _____

Responsabile della protezione dati rpd-dpo dott.ssa Maria Francesca Fasano - mail rpd-dpo@asst-nordmilano.it

IL DICHIARANTE

Luogo e data _____