

**Allegato B**

**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**

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

**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 \_\_\_\_\_