Domanda di rimborso spese per prestazioni sanitarie medicalmente necessarie fruite all'estero ai sensi art. 25 Reg. Ce 987/2009

Da presentare entro tre mesi dalla data del pagamento delle fatture!

Il sottoscritto/La sottoscritta _____ nato/a il _____

a _____ Provincia _____ nr. tel _____

residente a _____

Codice fiscale _____

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____

è consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e

c h i e d e il rimborso

☐ per se stesso

☐ per il familiare _____

nata/o il _____

codice fiscale _____

della spesa, secondo la documentazione allegata in originale e la liquidazione dell'importo spettante:

☐ tramite bonifico bancario sul c/c bancario intestato al/la beneficiario/a Sig./ra:

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

nome della Banca/Agenzia _____

d i c h i a r a

- che lo scopo del soggiorno all'estero non era per motivi di cura.
- Stato di temporaneo soggiorno _____ nel periodo dal _____ al _____
- di aver usufruito dell'assistenza sanitaria all'estero per i seguenti motivi:

Prestazioni fruite – vedi documenti allegati in originale	*Importo (Valuta____)*

- Ai fini del rimborso delle prestazioni documentate, il sottoscritta/la sottoscritta autorizza l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ad inviare i dati personali dell'assistito all'istituzione estera per la tariffazione della spesa documentata

Data

Firma dell'assistito/a

N.B. La domanda di rimborso deve essere inoltrata entro tre mesi dalla data di pagamento delle fatture!

Trattamento dei dati personali – Informativa ex art. 13 del Dlgs 196/03
I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. L'informativa estesa è disponibile sul sito www.sabes.it/Privacy e presso il distretto sanitario.