

Ufficio Rimborsi ed Assistenza Sanitaria Estero

via Caduti di Via Fani, 25 – Bari; tel. 080.584.4816/2732; email: assistenza.estero@asl.bari.it.

SPETT.LE ASL BA
DISTRETTO S.S. UNICO DI BARI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ alla Via _____
assistito di codesta A.S.L. con C.F. _____ essendosi recato presso il Centro Altamente
Specializzato di _____
per essere sottoposto a _____

CHIEDE

ai sensi della legge n. 25 del 21.11.1996 di ottenere il riconoscimento delle sotto elencate spese di viaggio e soggiorno

| | |
|--|---------|
| sostenute nei periodi dal _____ al _____ | |
| acquisto biglietti ferroviari _____ | € _____ |
| acquisto biglietti aerei _____ | € _____ |
| altre spese trasporto _____ | € _____ |
| pedaggio autostradale _____ | € _____ |
| spese vitto _____ | € _____ |
| spese pernottamento _____ | € _____ |
| spese diverse _____ | € _____ |
| TOTALE | € _____ |

Si allega

Copia documento di riconoscimento in corso di validità

Copia Tessera Sanitaria

Dichiara, sotto la propria responsabilità e 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 dicembre 2000, che i dati e le informazioni sopra riportate vengono rese a titolo di autocertificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000; consapevole, inoltre, di quanto previsto dall'art. 75 dello stesso D.P.R., relativamente alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13-14 del GDPR 679/2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili con le modalità indicate nell'informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali al procedimento per l'erogazione di prestazioni richieste. L'utente ha diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa vigente, la cancellazione ed il blocco degli stessi. Tale consenso si ritiene valido fino a revoca dell'interessato.

Luogo e data

Firma
