Ufficio Rimborsi ed Assistenza Sanitaria Estero

SPETT.LE ASL BA
DISTRETTO N°3 BITONTO/PALO DEL COLLE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in via _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

Casella di posta elettronica _____

visto l'art. 22 della L. R. n. 14 del 04/08/2004 emanato ai sensi della L.R, n. 17 del 12/04/1995 "*diagnostica e terapia delle allergopatie presso le AA.SS.LL. della Regione Puglia* ".

CHIEDE

(barrare la casella)

□ Per sé stesso/ □ per il minore _____ il rimborso delle spese sostenute per la vaccinoterapia, necessaria e insostituibile per la cura delle allergopatie ammontanti ad €_____.

A tal fine si allega alla presente richiesta la fattura in originale (o il documento giuridicamente equivalente) dell'avvenuta consegna da parte della Ditta _____ dei vaccini richiesti.

DICHIARA

che il reddito complessivo del proprio nucleo familiare per l'anno _____ non è superiore a € 20.000. Il sottoscritto inoltre chiede che il pagamento delle somme avvenga tramite la seguente modalità:

- □ Assegno circolare
- □ Bonifico accreditato su conto corrente al seguente IBAN:

Intestato a _____

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.

I dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa. Per esercitare i suoi diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL BARI – Lungomare Starita 6, 70123 Bari) – email: dpo@asl.bari.it – pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it). Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia al sito internet istituzionale (https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari) nell'apposita sezione Privacy.

Allega a tal riguardo la seguente documentazione:

1) Fattura in originale (o il documento giuridicamente equivalente),
2) Prescrizione medica di uno specialista accreditato attestante la necessità e insostituibilità del vaccino,
3) Documento d'identità (fotocopia) in corso di validità dell'assistito beneficiario/richiedente o del suo tutore legale
4) Tessera sanitaria (fotocopia)

Lì, ____/_____/_____

In fede

_____