

Ufficio Rimborsi ed Assistenza Sanitaria Estero

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

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 _____

C H I E D E

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. 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.aslbari@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.

Luogo e data _____

Firma _____