

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER VISITE MEDICHE

di cui alla Legge 833/78 art. 19 e Legge 98/82 art. 1

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA sotto la sua personale responsabilità:

di essere nato/a a _____ il _____ di essere

scritto al Servizio Sanitario Regionale

di essere residente a _____ provincia _____ via _____ n. _____

tel. _____ codice fiscale _____

- che per la prestazione di cui alla presente domanda non sono stati richiesti rimborsi ad altri organismi pubblici o privati
che per la prestazione di cui alla presente domanda è stato richiesto un rimborso pari ad € _____ a _____

(denominazione organismo pubblico o privato)

- ☐ che tutta la documentazione presentata in fotocopia o con altro mezzo di riproduzione degli originali ai fini del rimborso per le prestazioni medico sanitarie usufruite, è copia conforme all'originale in proprio possesso ai sensi del DPR 445/00 art. 19 e 47.

CHIEDE

- ☐ per sé
- ☐ per il minore di cui dichiara di avere la responsabilità genitoriale
- ☐ per il delegante di cui allega copia del documento d'identità oltre a copia del proprio documento
- ☐ per il soggetto di cui ha la tutela/curatela/amministrazione di sostegno

cognome nome _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

tel. _____ codice fiscale _____

residente in provincia di Bari ed iscritto al Servizio Sanitario Regionale

Il rimborso della spesa di € _____, avendone i requisiti, per la visita medica fruita presso altre ASL per motivate ragioni o in caso di urgenza o di temporanea dimora in luogo diverso da quello abituale (ivi compresa quella di guardia medica festiva/notturna o stagionale di assistenza ai villeggianti prevista dagli accordi nazionali nelle località turistiche):

- ☐ domiciliare
- ☐ ambulatoriale

fruits in data a

Il sottoscritto, a tal fine, dichiara che la visita è stata effettuata dal/la dott./ssa

convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale.

DICHIARA DI AVERE DIRITTO ALLA CONCESSIONE DEL RIMBORSO per i seguenti motivi:

- ☐ cittadino di età superiore agli anni sessanta (60);
- ☐ cittadino minore di anni dodici (12);
- ☐ cittadino portatore di handicap il cui grado di menomazione è superiore all'80% ai fini dell'attività lavorativa;
- ☐ lavoratore e/o studente dimorante, per ragioni connesse all'attività lavorativa e di studio, fuori dal proprio domicilio.
(Come da allegata documentazione probante).

Si prega di accreditare il rimborso, qualora ne ricorra il diritto, sul seguente n. di conto corrente:

[illegible]

Banca	Intestatario
La Banca ha il dovere di custodire i beni del cliente e di gestirli in modo da ottenere il massimo rendimento possibile, sempre nel rispetto della normativa in vigore. La Banca ha il dovere di informare il cliente sulle caratteristiche e sui rischi di ogni operazione finanziaria, nonché sulle alternative disponibili. La Banca ha il dovere di trattare il cliente in modo equo e trasparente, senza discriminazioni di sorta. La Banca ha il dovere di proteggere i dati personali del cliente e di utilizzarli solo per le finalità autorizzate. La Banca ha il dovere di collaborare con le autorità competenti per prevenire e combattere i reati finanziari.	L'Intestatario ha il dovere di rispettare la volontà del testatore e di distribuire l'eredità ai beneficiari designati. L'Intestatario ha il dovere di custodire i beni ereditari e di gestirli in modo da preservarne il valore. L'Intestatario ha il dovere di informare i beneficiari sulle caratteristiche e sui rischi di ogni operazione finanziaria, nonché sulle alternative disponibili. L'Intestatario ha il dovere di trattare i beneficiari in modo equo e trasparente, senza discriminazioni di sorta. L'Intestatario ha il dovere di proteggere i dati personali dei beneficiari e di utilizzarli solo per le finalità autorizzate. L'Intestatario ha il dovere di collaborare con le autorità competenti per prevenire e combattere i reati finanziari.

se diverso dal beneficiario specificare se tutore, curatore, amministratore di sostegno o esercente la potestà genitoriale del minore

Si allegano i seguenti documenti (obbligatori ai fini dell'accettazione della domanda):

- documento d'identità in corso di validità
- fattura/ricevuta in originale
- documentazione probante lo stato di lavoratore e/o studente

Informativa Privacy:

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.

DATA

IL DICHIARANTE
