All'Azienda USL della Valle d'Aosta
Ufficio Relazioni Internazionali

DOMANDA DI RIMBORSO AGGIUNTIVO PER PRESTAZIONI SANITARIE USUFRUITE ALL'ESTERO

(D.M. 3/11/89 art. 7 comma 3 e 4)

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____

Nato/a a _____ (____) il _____

Residente a _____ via _____

Recapito telefonico _____ e-mail_____

CHIEDE

il rimborso aggiuntivo delle spese sostenute e rimaste a carico per prestazioni sanitarie preventivamente autorizzate con nota prot. n._____ del_____

☐ per sé
☐ per _____ ☐ Responsabilità genitoriale ☐ Tutore

C.F. _____

Nato/a a _____ (_____) il _____

Residente a _____ via _____

Ai fini del rimborso, si allegano alla presente le pezze giustificative delle spese rimaste a carico:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Chiede che il rimborso venga accreditato sul c/c bancario/postale

COD IBAN:

INTESTATARIO DEL CONTO : _____

Si rammenta che la domanda deve essere presentata **entro e non oltre 60 giorni** dalla data di erogazione della prestazione**..**

Data _____ firma _____

"Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018, si informa che il trattamento dei dati personali sarà improntato a liceità e correttezza nel pieno rispetto di quanto stabilito dalla citata normativa e dei relativi obblighi di riservatezza. Il trattamento dei dati, il cui conferimento è obbligatorio, ha finalità ammnistrativo-contabili. Sono fatti salvi, in ogni caso, i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679.
Si precisa che l'Informativa al trattamento dei dati dell'Azienda U.S.L. Valle d'Aosta è pubblicata in forma completa sul sito www.ausl.vda.it, nella sezione Privacy."