

Spettabile
Asl n.5
Distretto di Ghilarza – Bosa
Ufficio Rapporti Internazionali

09074

GHILARZA

Oggetto:richiesta rimborso spese sanitarie.

Il/La __ sottoscritt__ _____

nato/a il __/__/____ a _____ residente _____

in Via _____ Tel _____ cell _____

e-mail _____@_____._____

in qualità di: _____

chiede il rimborso delle spese sanitarie, per un importo di Euro _____ (_____)
sostenute nel periodo dal __/__/____ al __/__/____ durante il soggiorno nella località
_____ Stato _____.

Dichiaro che dette spese non sono state oggetto di rimborso e non sono rimborsabili da parte di altri Istituti di assicurazione e non sono imputabili a responsabilità di terzi.

Chiede che il rimborso venga effettuato tramite (barrare)
 Assegno Bancario Bonifico al seguente IBAN _____

Accredito su C/C n. _____ Intestato a _____
presso _____

A tal fine allega :
 n. _____ fattura/e originale/i _____ ;
 _____ ;

Cordiali saluti

_____, _____

In fede

Informativa ai sensi della Legge sulla tutela dei dati personali legge 675/96 ovvero(D.Lgs 196/2003)
I dati forniti dall' utente verranno trattati dall' amministrazione, (in forma digitale e cartacea) nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto della legge n.675/96 e successive modificazioni.
All' utente competono i diritti previsti dall' art.13 della legge n.675/96,(art.7 del D.Lgs n196/2003) in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l' integrazione e ricorrendo i presupposti previsti in materia la cancellazione ed il blocco degli stessi.