DOMANDA DI RIMBORSO PER VISITE MEDICHE OCCASIONALI

(ex ART. 46 ACN del 28/04/22 – D.L. 25/01/1982 n. 16 convertito con modif. nella L. 25/03/1982 n. 98 e ss. mm. ii.)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il_____ e residente a _____

In via _____ n. _____

Recapito telefonico _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

Il rimborso della spesa di € _____ sostenuta:

☐ per sé

☐ per il familiare _____

(cognome, nome e relazione di parentela)

di cui allega delega, unitamente a fotocopia del documento di riconoscimento del delegante.

Per la visita medica occasionale:

☐ Domiciliare

☐ Ambulatoriale

Fruita in data _____ a _____ prov. _____

Ed effettuata dal dr. _____ convenzionato S.S.N.

Alla domanda si allega fattura in originale (o una copia corredata da dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la conformità all'originale in casi di invio con posta elettronica).

_____ lì _____ Firma _____

Si prega di effettuare il rimborso con le seguenti modalità:

☐ Accredito su C/C bancario – codice IBAN

☐ Assegno di traenza

I dati personali verranno trattati nel rispetto dell'art. 13 del Regolamento 679/2016/UE e delle leggi europee e nazionali che lo modificano e/o integrano (Normativa Privacy). L'informativa completa è disponibile sul sito web dell'ente all'indirizzo: https://www.asst-mantova.it/en/privacy.