



**RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE CURE ALL'ESTERO PRESSO CENTRI DI ALTISSIMA
SPECIALIZZAZIONE**
(Art. 6 D.M. 3.11.1989)

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

Codice fiscale _____ Residente a _____

via _____ n _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamati dall' art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000,

CHIEDE

Per se stesso

Per il familiare _____
(cognome, nome, data di nascita, relazione di parentela)

N.B.: se la richiesta è presentata dal familiare occorre presentare delega corredata dal documento di riconoscimento del delegante e del delegato.

il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni autorizzate dal Centro di Riferimento

Regionale branca di _____ in data _____

effettuate presso il centro estero _____

A tal fine allega:

Documentazione di spesa (descrizione):

Documentazione sanitaria (descrizione):

Allegati: _____

Data _____

Firma del richiedente

Autorizzazione al trattamento dati sensibili ai sensi del Digs 196/03 e GDPR 2016/679

Il/la sottoscritto/a _____ autorizza l'Azienda Usl della Romagna al trattamento dei dati personali contenuti nella documentazione trasmessa, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di protezione dei dati.

Firma _____

Si dichiara di ricevere la presente domanda unitamente agli allegati in data _____

L'operatore addetto _____