

**Prestazioni sanitarie nell'Unione Europea:
richiesta di rimborso delle spese sostenute per brevi soggiorni in U.E.**
(Regolamento C.E.E. 987/2009, art. 25)

Io sottoscritto/a

(nome) _____ | (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Stato di nascita _____ codice fiscale _____

residente a _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n. _____

telefono (fisso o cellulare) _____

e-mail (facoltativo) _____

CHIEDO

► il rimborso delle spese sanitarie sostenute durante il soggiorno temporaneo

In _____ (specificare lo Stato estero)

presso la struttura sanitaria: _____ (specificare il nome e la città)

dal _____ al _____

barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste

per me

per i familiari conviventi (iscritti nello stato di famiglia) qui indicati:

Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela

DICHIARO

1. di avere ricevuto le prestazioni sanitarie che seguono (*specificare*)

2. che queste prestazioni sanitarie non erano programmate in quanto occorse a seguito di:

ALLEGO

1. n. _____ documenti sanitari in originale (*indicare il numero*)

2. le fatture originali con il timbro del saldo, n. _____ (*specificare il numero delle fatture*)

SCELGO DI

barrare una casella e scrivere le informazioni richieste

ricevere l'accredito sul conto corrente bancario o postale intestato a:

codice I"

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMATIVA D.LGS. 196/2003, ART.13

I dati da Lei forniti sono utilizzati, nel rispetto della normativa privacy, esclusivamente per l'istruttoria della Sua richiesta/pratica e solo dagli operatori degli uffici competenti a ciò autorizzati. I dati sono trattati in forma cartacea e/o informatizzata e conservati, per il tempo necessario, con adeguate misure di sicurezza; non sono comunicati a terzi tranne quando previsto da norme di legge o di regolamento.

Lei può in ogni momento esercitare i diritti previsti dall'art. 7 dello stesso decreto legislativo e più in particolare: accedere ai suoi dati, chiedere che vengano aggiornati, corretti, integrati; può opporsi al trattamento dei dati per motivi legittimi, chiederne la cancellazione, la trasformazione in forma anonima e il blocco se trattati in violazione di legge.

Per l'esercizio di tali diritti lei può rivolgersi al servizio che ha ricevuto la sua richiesta/pratica dove le verrà indicato il nominativo del responsabile del trattamento dei dati.

Il titolare del trattamento dei dati è l'Azienda USL ROMA 6.

INFORMAZIONI IMPORTANTI

La richiesta di rimborso deve essere presentata entro 3 mesi dal pagamento delle spese sanitarie.

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 Testo Unico sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data

firma (*per esteso e leggibile*)

Esaminata la documentazione allegata e accertato che l'assistito non si è recato all'estero con lo scopo specifico di ricevere cure.

In attesa che l'Ente Competente del Paese U.E. - tramite S067 - si esprima sulla rimborsabilità o meno delle cure prestate, si esprime parere

POSITIVO NEGATIVO

All'accettazione della domanda, per i seguenti motivi:

Somma da liquidare di euro

data firma e timbro *(Il Referente amministrativo della procedura)*

data firma e timbro *(Il Medico responsabile)*