

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE PER VISITE OCCASIONALI MMG/PDF

Nome e Cognome _____

Residente in	Via	n.	Cap
--------------	-----	----	-----

[illegible]

Tel./cell. e-mail

[illegible]

CHIEDE

il rimborso della spesa sostenuta per prestazioni sanitarie cui ha dovuto ricorrere durante un

temporaneo soggiorno in _____

dal _____ al _____

Per sé/Per il familiare _____

nato a _____ il _____

[illegible]

Tipologia di prestazione sanitaria	n. prestazioni	Presso ambulatorio	Presso domicilio	Importo
Medicina Generale				
Pediatra				

Si allegano le fatture quietanzate in originale relative alle spese sostenute per un totale di €.....

Milano, _____

Firma

Si informa che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati all'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Fatebenefratelli - Sacco saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici e per finalità volte alla cura del paziente comprese quelle amministrativo contabili. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Fatebenefratelli – Sacco con sede in via Giovan Battista Grassi, 74 in Milano. Il paziente può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Generale UE/679/2016 sulla protezione dei dati è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Ente all'indirizzo <http://www.asst-fbf-sacco.it/>. I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dal Titolare sono i seguenti: protocollo.generale@asst-fbf-sacco.it ; protocollo.generale@pec.asst-fbf-sacco.it).

ATTENZIONE! Se delega un'altra persona a presentare la sua richiesta, deve ricordarsi di compilare anche il "Modulo di delega".

RISERVATO ALLA ASST FBF-SACCO

Vista e valutata la documentazione prodotta e allegata,

☐ SI AUTORIZZA

☐ NON SI AUTORIZZA (motivare il rifiuto)

L'importo da rimborsare è pari a €

Milano, _____

Il Coordinatore Amministrativo

.....

Il Responsabile dell'Istruttoria: