**Allegato 34**

**DOMANDA PER RIMBORSO SPESE TRANSFRONTALIERE**

Il/la sottoscritto/a................................................................ codice fiscale …………………..........

nato/a............................................... il ................................ cittadinanza…………………………..

residente a………………………… in via …......................................................................................

telefono …………................... e-mail…………………………………………………………………

**C H I E D E**

**□ per sé**

**□ per conto di**:

cognome……................................................................. nome……...............................................

C. F………………………………………… In qualità di ……………………………………………….

(genitore, amministratore di sostegno o altro soggetto formalmente delegato)

il rimborso delle spese sostenute per un ricovero/prestazione ambulatoriale presso la Struttura Sanitaria estera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal/il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allega:**

**Per il ricovero:**

1. Relazione medica contenete:
   1. periodo di degenza;
   2. descrizione dell’intervento chirurgico con indicazione di data e durata dello stesso
   3. lettera d dimissioni comprendente almeno la data di stesura del rapporto e l’identificazione del medico redattore e sintesi descrittiva del decorso clinico (con particolare riferimento agli esami diagnostici e alle terapie somministrate);
   4. evidenza se trattasi di ricovero programmato o urgente (in questo ultimo caso presentare dichiarazione dell’urgenza);
   5. Fattura in originale quietanzata
   6. Traduzione in lingua italiana – a carico dell’assistito - della documentazione sanitaria e di spesa

**Per prestazioni ambulatoriale:**

1. prescrizione con data antecedente l’esecuzione della prestazione su ricettario del SSR (ricetta rossa) del medico di medicina generale / pediatra di famiglia completa di quesito diagnostico;
2. Fattura in originale quietanzata
3. Traduzione in lingua italiana – a carico dell’assistito - della documentazione sanitaria e di spesa.

Chiede che l'importo da rimborsare venga accreditato presso Banca /Istituto di credito

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Intestato a ………………………………………………………………………………………………………………….

Si dichiara che sulle spese sostenute per il ricovero di cui alla presente domanda non è stato erogato alcun rimborso, anche parziale, da parte di Fondi Integrativi e/o Compagnie di Assicurazione.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Il DICHIARANTE |
| (luogo e data) |  |

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER IL CITTADINO / ASSISTITO:**

Il sottoscritto, acquisite le informazioni di cui all’Informativa (reperibile sul sito [www.ast-milano.it](http://www.ast-milano.it)), fornita dall’ATS Città metropolitana di  Milano ai sensi dell’art. 13 del Dlgs. 196/2003 e dell’art. 14 del Reg. UE 679/2016, consapevole che il trattamento riguarderà i dati “sensibili” come definiti all’art.4 lett. d) del citato Dlgs 196/2003, vale a dire “i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale” e richiamati dall’art. 9 del REG. UE 679/2016

□ **AUTORIZZA** □ **NON AUTORIZZA**

**L’ATS Città Metropolitana  di Milano al trattamento dei propri dati personali in ambito sanitario a fini di prevenzione, diagnosi e cura, nonché a fini amministrativi, contabili e fiscali così come indicato nell’informativa.**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_