AZIENDA SANITARIA LOCALE BA

Sede : Lungomare Starita 6 - 70123 Bari

ASL.BA- Partita IVA e Cod.Fisc. 06534340721

DISTRETTO NR.4

Al Direttore Distretto n.4
ALTAMURA

OGGETTO: DOMANDA DI RIMBORSO SPESE
PER PRESTAZIONI SANITARIE.

(in stampatello)

Il/la sottoscritto/a_____nato/a il _____
in _____Codice Fiscale _____residente
in_____via _____nr._____
telefono non obbligatorio, ma consigliato (fisso e/o cell) _____

CHIEDE

in virtù di quanto previsto dalla **L.R.n.12 Agosto 2005 , art.13 (Rimborso spese a pazienti affetti da malattie rare)**

il rimborso della spesa sostenuta e prevista per prestazioni sanitarie cui ha dovuto far ricorso per il familiare _____nato il _____
Codice Fiscale _____relazione di parentela_____
dal _____al _____, come da documentazione allegate.

Dichiara , sotto la propria responsabilità, di non aver usufruito gratuitamente di alcun servizio di trasporto nel periodo sopra indicato, di aver usato l'auto targata_____, di esonerare l'ASL BA da qualsiasi responsabilità derivante dall'uso dell'automezzo descritto e di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali sensibili, ai soli fini sanitari (Legge n.675/96).
Dichiara , sotto la propria responsabilità , che il reddito del nucleo familiare non è superiore a € 80.000.

Chiede, altresì, che il rimborso venga effettuato con (sottolineare il mezzo preferito) :

1. quietanza diretta
2. Assegno Circolare Non Trasferibile (A.C.N.T.)
3. Accredito bancario su Banca
   Codice IBAN di 27 caratteri:_____

Data _____ Firma _____

Domanda pervenuta il :_____Timbro e Firma dell'Ufficio ricevente _____