



RIMBORSI PER SPESE DI VIAGGIO SOGGIORNO E ACCOMPAGNATORE

Il/la sottoscritto/a

Con riferimento alla domanda di rimborso, specifica quanto segue:

Cognome e nome dell'assistito

Prestazioni sanitarie fruite

- IN ASSISTENZA DIRETTA
- IN ASSISTENZA INDIRETTA

Per

- RICOVERO
- VISITA SPECIALISTICA
- ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO

Presso la Struttura Sanitaria

Sita nel comune di

Dal | | | | | | | | | | **al** | | | | | | | | | |

Allega la documentazione riguardante le spese sostenute:

(BARRARE LE VOCI CHE INTERESSANO)

- spese di viaggio: biglietti di viaggio, ricevute autostradali
- spese di soggiorno: fatture di vitto e alloggio
- spese per accompagnatore: come ai punti 1 e 2

(nel caso di scontrino fiscale senza indicazione del beneficiario compilare la dichiarazione allegata al presente modulo)

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA COMPILARE SOLO IN CASO DI UTILIZZO DELLA PROPRIA AUTOMOBILE

Il/la sottoscritto/a dichiara che, per raggiungere la struttura sanitaria su menzionata, ha dovuto percorrere, per il tratto di andata e ritorno dal proprio domicilio, con la propria automobile Km

.....li | | | | | | | | | |

Il Socio (FIRMA LEGGIBILE)

L'avente diritto – se maggiorenne - (FIRMA LEGGIBILE)

.....

.....

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI (D.lgs.n.196/2003)

Il sottoscritto presa visione dell'Informativa in tema di Privacy (presente anche sul sito internet del FISDE) dichiara di esprimere il proprio consenso affinché i propri dati personali e sensibili siano oggetto di trattamento e comunicazione secondo le modalità e nei limiti di cui alla sopra richiamata informativa. Dichiara, inoltre, di sciogliere dal segreto professionale i professionisti che lo hanno tenuto o terranno in cura ed i professionisti che hanno prodotto le certificazioni necessarie compilate od allegate.

Il Socio (FIRMA LEGGIBILE)

L'avente diritto – se maggiorenne - (FIRMA LEGGIBILE)

.....

.....