

Rimborso per spese di viaggio soggiorno e accompagnatore

I miei dati

nome _____ cognome _____

con riferimento alla richiesta di rimborso, specifico quanto segue:

assistito/a: _____
nome e cognome

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** ____/____/____
gg mm aaaa gg mm aaaa

Allego: (barrare le voci che interessano)

- spese di viaggio: biglietti di viaggio, ricevute autostradali
- richiesta del medico specialista e documentazione sanitaria per la visita o l'accertamento diagnostico riferiti a patologia di cui all'art. 2.2.16.2 del Piano sanitario e documentazione sanitaria di visita o accertamento diagnostico
- in caso di ricovero, documentazione sanitaria del ricovero con data di entrata e uscita dal luogo di cura (lettera dimissione completa)
- attestazione della struttura sanitaria sulla presenza dell'accompagnatore nei giorni di ricovero

Dichiarazione di responsabilità (da compilare solo in caso di uso della propria automobile)

Dichiaro che, per raggiungere la struttura sanitaria sopra indicata, per il tratto di andata e ritorno dal domicilio, ho dovuto percorrere con l'automobile km _____

luogo e data

il Socio (firma leggibile)

l'avente diritto se maggiorenne (firma leggibile)

Consenso al trattamento dei dati personali - artt. 6, 7, 8 e 9 del Regolamento UE 2016/679

Dichiaro di avere preso visione e di avere compreso l'Informativa Privacy (pubblicata nell'area riservata Fisdeweb) ed esprimo il mio consenso consapevole al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali secondo le modalità, finalità e limiti di cui alla sopra richiamata informativa.

luogo e data

il Socio (firma leggibile)

l'avente diritto se maggiorenne (firma leggibile)