

## Scheda per rimborso spese farmaceutiche prestazione per persone con disabilità

da allegare alla richiesta di rimborso, insieme alla prescrizione medica

## I miei dati

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

**con riferimento alla richiesta di rimborso, specifico quanto segue:**

assistito/a: \_\_\_\_\_  
nome e cognome

diagnosi: \_\_\_\_\_  
come da prescrizione medica allegata

totale numero scontrini: \_\_\_\_\_

numero scontrino	farmaco	q.tà	prezzo unitario	importo totale
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
<b>totale</b>				€

luogo e data \_\_\_\_\_

**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.

**il Socio** (firma leggibile)

**l'avente diritto se maggiorenne**  
(firma leggibile)

**il Tutore/Amm. Sost./Procuratore**  
(firma leggibile)