

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577

**SPETT.LE
AZIENDA ASL RIETI
UFFICIO MOBILITA' INTERNAZIONALE**

Prot. _____ Rieti _____

Oggetto: richiesta quote rimborso — dimora (art.19-20 e 27 del Reg.Ce n. 883/2004 e art. 25 e 26 del Reg.Ce n. 987/2009)

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a

.....(.....) il.....**CODICE**

FISCALE.....residente a

via.....(.....).n.

DICHIARA che durante breve soggiorno in.....ha
avuto necessità di cure sanitarie.

Pertanto **CHIEDE** il rimborso delle spese per prestazioni effettuate quantificate in EURO.....
e allega fatture e/o ricevute di pagamento.

Il/la sottoscritto fa presente che eventuali rimborsi avvengono sul proprio

IBAN:.....

SPORTELLO.....

Numero di telefono:.....

Rieti li.....

Firma

Trattamento dati personali

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE, si informa che i dati raccolti mediante la compilazione del presente modulo saranno trattati dalla ASL di Rieti quale titolare del trattamento esclusivamente per la gestione della procedura di rimborso in tutte le sue fasi. I diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento citato possono essere esercitati dall'interessato rivolgendosi al titolare anche per il tramite del Responsabile Protezione Dati sempre raggiungibile all'indirizzo dpo@asl.rieti.it