

**SPETT.LE ASL NA 3 SUD
DISTRETTO 59
S.AGNELLO (NA)**

IL SOTTOSCRITTO/A

COGNOME _____ NOME _____
NATO A _____ (____) IL _____
RESIDENTE IN _____ (____) C.A.P. _____
VIA _____ N° _____
TEL. _____ CELL. _____
COD. FISC. _____ MEDICO _____
DOC. RIC. _____ RILASCIATA _____
RILASCIATO DA _____

C H I E D E

CHE IL RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE SOSTENUTE ALL'ESTERO IN _____
DURANTE UN SUO SOGGIORNO NEL MESE DI _____ PER CURE INDIFFERIBILI ED
URGENTI GLI VENGA ACCREDITATO PRESSO _____
SUL CONTO CORRENTE INTESTATO A _____
NUMERO IBAN _____

SANT'AGNELLO _____ FIRMA _____

Ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice Privacy) e della Deliberazione aziendale n. 52 del 17.1.2018 ad oggetto "presa d'atto del regolamento in materia di protezione dei dati personali", le informazioni contenute nella presente comunicazione sono riservate e ad uso esclusivo del destinatario, che ne assume la piena responsabilità nella qualità di responsabile del relativo trattamento. La diffusione e/o la fotocopiatura della documentazione e di eventuali allegati da parte di qualsiasi soggetto diverso dai destinatari è vietata. Tale divieto di diffusione è sanzionato sia dall'art. 616 del codice penale (violazione, sottrazione e soppressione di corrispondenza) sia dal citato D. Lgs. n. 196/2003, nonché dal Regolamento UE 2016/679 del 27.4.2016.

