

DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI \_\_\_\_\_

**All. 5**

Direttore Dr. \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_

tel: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

PEC: \_\_\_\_\_

Spett.le

ASL BRINDISI

Distretto S.S. \_\_\_\_\_

**Oggetto: Istanza rimborso spese di vitto-viaggio-soggiorno per Malattie Rare L. R. n. 25/1996 – Documentazione di spesa e comunicazione modalità rimborso.**

Il/la sottoscritto/a: \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

in qualità di: ☐ **diretto interessato**; ☐ **genitore del minore** o ☐ **tutore**

**dell'assistito/a:** \_\_\_\_\_

nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale: \_\_\_\_\_

residente a: \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

**Chiede il rimborso delle spese di vitto-viaggio-soggiorno sostenute durante il ricovero ospedaliero (o controllo ambulatoriale) presso:** \_\_\_\_\_

**dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_ (indicare la data di inizio e di fine ricovero/controllo ambulatoriale)

**ALLEGA:**

**1) certificazione dell'avvenuto ricovero ospedaliero/controllo ambulatoriale**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

**2) documenti di spesa in originale per un totale complessivo di € \_\_\_\_\_ di cui:**

-€ \_\_\_\_\_ per spese di viaggio;

-€ \_\_\_\_\_ per spese di vitto;

-€ \_\_\_\_\_ per spese di soggiorno;

**3) codice IBAN (n. 27 caratteri tra lettere e numeri) obbligatorio:**

**4) copia del documento di identità in corso di validità**

Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D. Lgs. 196/2003 ss.mm.ii.). I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto della suddetta legge.

Data \_\_\_\_\_

Il dichiarante