

DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI _____
Direttore Dr. _____
Via: _____
tel: _____
e-mail: _____
PEC: _____

All. 5

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)

ALLEGATI:

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