



Dipartimento per la Programmazione Accreditamento Acquisto  
delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie

SC Integrazione e rapporti interdipartimentali per lo sviluppo del  
polo ospedaliero e del polo territoriale

## DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER CURE NECESSARIE ALL'ESTERO

(ai sensi art. 25 Reg. (CE) 16 settembre 2009, n. 987/2009)

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il .....

residente a ..... via .....

telefono ..... e-mail .....

C.F. .... iscritto negli elenchi dell'ASST .....

☐ **per sé**

☐ **per conto di:**

cognome ..... nome .....

nato/a a ..... il ..... cittadinanza .....

residente a ..... in via .....

C.F. .... iscritto negli elenchi dell'ASST .....

In qualità di .....

*(genitore, amministratore di sostegno o altro soggetto formalmente delegato)*

### CHIEDE

il rimborso, ai sensi dell'art. 25 lett. B Reg. (CE) 16 settembre 2009, n. 987/2009, della spesa sostenuta per cure mediche necessarie, nel periodo ....., durante un temporaneo soggiorno in .....

*(indicare Stato U.E./S.E.E./Svizzera e località)*

Documentazione allegata in originale:

1) .....

2) .....

3) .....

4) .....

5) .....

6) .....

TOTALE .....



Dipartimento per la Programmazione Accreditamento Acquisto  
delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie

SC Integrazione e rapporti interdipartimentali per lo sviluppo del  
polo ospedaliero e del polo territoriale

**Dichiara** di aver usufruito dell'assistenza sanitaria all'estero per i seguenti motivi: .....

**Dichiara** che il soggiorno all'estero non è stato effettuato per motivi di cura e le cure mediche non sono da considerarsi programmate.

Ai fini dell'erogazione del rimborso, indica i seguenti riferimenti bancari:

IBAN:

intestato a .....

presso la banca/posta ..... agenzia/filiale di .....

.....  
(luogo e data)

.....  
(IL DICHIARANTE)

**Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE**

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana. L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo [www.ats-valpadana.it](http://www.ats-valpadana.it). Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è reperibile presso la sede dell'Agenzia di Tutela della Salute della Valpadana, può essere contattato utilizzando i recapiti istituzionali dell'ente ([protocollo@pec.ats-valpadana.it](mailto:protocollo@pec.ats-valpadana.it)) indicati sul sito web [www.ats-valpadana.it](http://www.ats-valpadana.it) ed è il seguente soaetto:

| DPO        | PARTITA IVA E C.F. | Via/Piazza                  | CAP   | Comune | Rappresentante del DPO |
|------------|--------------------|-----------------------------|-------|--------|------------------------|
| LTA S.R.L. | 14243311009        | Via della Conciliazione, 10 | 00193 | Roma   | Recupero Luai          |