COMUNE DI PALERMO

# DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE

Il presente modulo dovrà pervenire al seguente
indirizzo: **Comune di Palermo**
**VIA...**

☐ **Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO** ☐ **Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE**

**DATI ANAGRAFICI**

**Cognome** _____ **Nome** _____

**Nato/a** _____ **il** _____ **Sesso** M F **Codice Fiscale** _____

**Tel** _____ **Cell*** _____ **E-mail** _____

Prestazioni per le quali si richiede il rimborso

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

Si allegano le seguenti fatture:

| | N° FATTURA/ RICEVUTA | ENTE EMITTENTE | DATA FATTURA/ RICEVUTA | IMPORTO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | , |
| 2 | | | | , |
| 3 | | | | , |
| 4 | | | | , |
| 5 | | | | , |
| 6 | | | | , |
| 7 | | | | |
| | | | **Totale richiesto:** | , |

N° altri documenti allegati **IN COPIA** (cartelle cliniche, certificati di degenza, altro): _____

**Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso** Intestatario conto corrente: _____ **IBAN**:

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

Data compilazione: _____ Firma del lavoratore iscritto:_____

Firma: _____
(*se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)*

**Consenso al trattamento dei dati personali – D. Lgs 196/2003**

Ricevuta l'informativa ai sensi del d. lgs. del 30/06/2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ACCONSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, Fondo Sanitario, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Previmedical S.p.A., RBM Salute S.p.A. e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.

Data compilazione: _____

Nome e Cognome dell'Interessato _____ Firma per Consenso _____
(*se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)*