

RACCOMANDATA A.R.

Al Direttore Generale dell'Azienda USL di Teramo
c.a. Coord.to Assistenza Sanitaria Territoriale
Uff. Assist. Integr. Vaccini Imenotteri
Circonvallazione Ragusa n. 1
64100 – Teramo

Oggetto: Vaccino antiallergico per veleno di imenotteri - Richiesta rimborso.

Il/La sottoscritto/a
nato/a a(.....) il e residente in
.....(.....) Via.....
n. Tel. Cell. e-mail@.....;
chiede

il rimborso del costo dell'acquisto del vaccino desensibilizzante per veleno da imenotteri per:
 (me medesimo) Codice Fiscale
 (altri) figlio/a nato/a a(.....)
il Codice Fiscale.....

Allega, in **originale**:

- Certificato, con diagnosi e prescrizione del vaccino, di un medico specialista di struttura pubblica /Centro allergologia;
- N.fattura/e con il timbro del saldo (o altra valida documentazione attestante l'avvenuto pagamento).

Chiede,

inoltre, che il rimborso di che trattasi venga effettuato tramite:

- Assegno circolare non trasferibile da inviare al proprio domicilio;
 - Accredito presso la Istituto di Credito/Ufficio Postale:
Via.....n. cap.città:
- Coordinate bancarie (IBAN) Es. IT 16 N 030 6905 0310 0000 1284 134
IT _ _ _ _ _

Sono consapevole che:
le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 Testo unico sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati raccolti da codesta Azienda, per i quali rilascia specifica autorizzazione, saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene avanzata la presente istanza.

Chiede

infine, che ogni comunicazione relativa alla presente istanza venga inviata, ad ogni effetto, al seguente indirizzo, il cui eventuale cambiamento verrà tempestivamente segnalato con raccomandata A.R.

.....(.....) Via.....
n. Tel. Cell. e-mail@.....;

..... li,

_____ firma (per esteso e leggibile)

Trattamento dei dati personali – Informativa D.Lgs 193/2003, art.13
I dati da lei forniti sono utilizzati, nel rispetto della normativa privacy, esclusivamente per l'istruttoria della sua richiesta/pratica e solo dagli operatori a ciò autorizzati. I dati sono trattati in forma cartacea e/o informatizzata e conservati, per il tempo necessario, con adeguate misure di sicurezza; non sono comunicate a terzi tranne quando previsto da norme di legge o di regolamento. Lei può in ogni momento esercitare i diritti previsti dall'art.7 dello stesso decreto legislativo e più in particolare: accedere ai suoi dati, chiederne la cancellazione, la trasformazione in forma anonima e il blocco se trattati in violazione di legge. Per l'esercizio di tali diritti lei può rivolgersi al servizio che ha ricevuto la sua richiesta/pratica dove le verrà indicato il nominativo del responsabile del trattamento dei dati. Il titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Unità Sanitaria Locale 4 – Teramo