

Allegato 27

Alla Regione Lombardia
D.C. Programmazione Integrata e Finanza
U.O. Entrate Regionali
P.zza Città di Lombardia 1
20124 Milano

Oggetto: Istanza di rimborso del versamento del contributo al Servizio Sanitario Nazionale dovuto dai cittadini stranieri per l'anno _____ presentata dal sig./a _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
Stato (_____) il _____ cittadinanza _____ residente _____
Prov (_____) CAP _____ in via/piazza _____ n _____ sesso (M)-(F)
Codice fiscale _____ tel _____

Presenta istanza di rimborso per la somma di EURO _____ versati a titolo di contributo al Servizio Sanitario nazionale dovuto dai cittadini stranieri.

Si allega alla presente richiesta di rimborso:

- originale del versamento effettuato in data _____ per Euro _____;
- copia del documento di identità in corso di validità;
- **ogni altra documentazione comprovante il diritto al rimborso del contributo.**

Il rimborso viene richiesto per la seguente motivazione:

Si indicano di seguito le coordinate del conto corrente **per l'accredito su C/C bancario o banco posta**

Istituto bancario _____ Filiale di _____

IBAN _____

In caso di errata (o mancata) indicazione delle coordinate bancarie, il rimborso avverrà mediante emissione di "assegno non trasferibile" presso la residenza sopra indicata dal richiedente, al quale sarà addebitato il costo di spedizione a mezzo raccomandata A/R del medesimo assegno.

Il richiedente si impegna a comunicare alla ASST competente ogni variazione dei dati sopra indicati.

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg. UE n. 2016/679 e del D.lgs. 196/03 aggiornato dal D.lgs. 101/2018

La informiamo che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per eseguire i propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio di pubblici poteri a fronte dei servizi richiesti dall'utente. In relazione ai dati personali conferiti, gli interessati hanno il diritto, compatibilmente agli obblighi di legge vigenti, di ottenere l'accesso ai propri dati, copia, rettifica, cancellazione o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento). Nel caso il trattamento avvenga in violazione del citato Regolamento, l'interessato ha diritto, inoltre, di proporre reclamo al Garante o di adire le opportune sedi giudiziarie. Resta inteso che il conferimento dei dati è strettamente necessario, tuttavia l'eventuale rifiuto a fornirci, in tutto o in parte, i suoi dati personali potrà comportare la mancata o parziale esecuzione della richiesta presentata. Per prendere visione dell'informativa completa, si invita l'interessato a consultare e/o chiedere copia della modulistica allegata oppure prendere visione delle informative esposte nei locali. **Dati di contatto del Titolare del Trattamento:** Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi, Piazza Ospedale, 10 – 26900 Lodi, Tel. 0371-371; Indirizzo mail protocollo@pec.asst-iodi.it; **Dati di contatto Responsabile della Protezione dei Dati personali:** Dott.ssa Maria Francesca Fasano, Viale Savoia, 1 – 26900 Lodi; Tel. 0371-371; mail dpo@asst-iodi.it

Data _____ Firma del richiedente _____

PARTE RISERVATA ALLA ASST LODI

Vista l'istanza presentata dal sig./sig.a _____ in data _____

Si esprime parere:

FAVOREVOLE **CONTRARIO** al rimborso per le seguenti motivazioni:

Data _____ IL RESPONSABILE _____

(timbro e firma)

