**Aventi diritto non residenti in Italia**

**AL MINISTERO DELLA SALUTE**

***Direzione Generale della Programmazione***

***Sanitaria - Ufficio 8***

*Viale Giorgio Ribotta, 5*

00144 ROMA

**ASE-TRASF-RPL *- Domanda inoltrata***

tramite la Rappresentanza Diplomatica o Ufficio Consolare di ……………………………………………….

Il sottoscritto……………………………………………………………………………………………………

dipendente da (1)……………………………………………………………………………………………….

con qualifica di…………………………………………………………………………………………………

in servizio presso……………………………………………………………………………………………….

Codice fiscale .…………………………..……………………………………………………………………..

residente………………………………………………….............e-mail……..………………………………

chiede, ai sensi dell’art. 7 del D.P.R. 31 luglio 1980, n. 618, il rimborso delle spese, per un importo

di (2)…………………………………………………………………………………………………………..

sostenute nel periodo dal ….…………………………………al……..…...................................................

per le prestazioni sanitarie, di cui all’allegato elenco, fruite dal (3)……………..…………………………….

nella località di…………………………………………………………………………………………………

**Dichiara in ordine alle prestazioni sanitarie di cui alla presente domanda che:**

1. le relative spese non sono oggetto di rimborso da parte di Istituti di assicurazione;
2. che le prestazioni stesse non sono conseguenti ad infortunio, per il quale sia riconosciuta la responsabilità di terzi;
3. ha sospeso il rapporto con il medico di fiducia, ai sensi dell’art. 7 della Legge 7 agosto 1982,

n. 526.

Chiede inoltre che il rimborso venga effettuato (barrare il punto che interessa):

mediante accreditamento sul c/c bancario n. …………..…….………………………………………………..

della Banca …………………………………………………………………………………………………….

Agenzia n. ……………………………………………….di (indirizzo) ……………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….....

Cod. ABI ………………Cod. CAB……………..Codice IBAN ……………………………………………..

- presso il proprio domicilio;

- mediante accreditamento presso Rappresentanza Diplomatica o Consolare limitatamente al personale a

contratto avente diritto, in servizio presso le rappresentanze diplomatiche, gli uffici consolari e gli istituti di

cultura all'estero.

**Data**…………………………**Firma**…………….……………………………………………………………..

(1) I lavoratori dipendenti, sia del settore pubblico che del settore privato, devono specificare il datore

di lavoro e l'amministrazione di appartenenza. I lavoratori autonomi devono fornire indicazione dei

soggetti per i quali è svolta temporaneamente l'attività all'estero.

Per il borsista o lo stagista specificare l’Università o l’Ente.

(2) Indicare di quale valuta trattasi.

(3) Medesimo o familiare.

**--------------------------------------------------------------------------------**

presentata alla Rappresentanza Diplomatica di ……………………………………………………………….

**in data** ………………………………… **IL CAPO DELLA RAPPRESENTANZA**

 **timbro e firma**

--------------------------------------------------------------------------------

(parte da restituire all’assistito a cura della Rappresentanza)

Il Sig. …………………………………………..………………………ha presentato domanda di rimborso,

a termine dell’art. 7 del D.P.R. 618/1980, in data ………………………………con n. ……………………..

allegati di spesa in originale o in forma digitale.

 **timbro e firma**

**Inoltrando la presente domanda di rimborso viene fornito il consenso al trattamento dei dati così come specificato nell’informativa sulla protezione dei dati.**

**Informativa sulla protezione delle persone fisiche**

**con riguardo al trattamento dei dati personali**

**(Regolamento Generale della Protezione dei Dati (UE) 2016/679 , art.13**

Il trattamento dei dati personali forniti dall’interessato, per il rimborso delle spese sanitarie sostenute all’estero in regime di assistenza sanitaria indiretta, sarà improntato ai principi della liceità, correttezza e trasparenza a tutela dei diritti e delle libertà fondamentali delle persone fisiche.

A tal fine si forniscono le seguenti informazioni:

1. contitolari del trattamento sono:
* il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale (MAECI) della Repubblica italiana, il quale opera, nel caso specifico, per il tramite della Ambasciata/Consolato d’Italia

…………………………………………………(pec…………………………………………………….peo…………………………);

* il Ministero della Salute per i cittadini residenti all’estero (pec sanita.estero@postacert.sanita.it) oppure la ASL di appartenenza per i cittadini residenti in Italia (recapiti pec e peo reperibili sui relativi siti web).
1. Per quesiti in tema di privatezza, l’interessato può contattare il Responsabile della Protezione dei Dati personali (RDP) del MAECI (indirizzo postale: Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione internazionale, Piazzale della Farnesina, 1 – 00135 Roma; telefono 0039 06 36911 (centralino); peo: rdp@esteri.it ; pec: rdp@cert.esteri.it, l’ RDP del Ministero della Salute rdp@sanita.it per i cittadini residenti all’estrero e l’RDP della ASL di appartenenza (recapiti pec e peo reperibili sui relativi siti web) per i cittadini residenti in Italia.
2. I dati personali richiesti sono necessari per istruire le richieste di rimborso delle spese sanitarie sostenute fuori dall’Italia in regime di assistenza indiretta da parte dei soggetti previsti dall’art. 2 del DPR 618/80
3. Il conferimento dei dati in questione, basato sul consenso, è un requisito necessario per poter chiedere il rimborso delle spese sanitarie sostenute all’estero in regime di assistenza indiretta. L’eventuale rifiuto a fornire i dati richiesti e ad autorizzarne il trattamento comporta la mancata erogazione del servizio.
4. Il trattamento dei dati, svolto dal personale appositamente incaricato, sarà effettuato in modalità mista, manuale ed automatizzata.
5. I dati saranno comunicati, per la successiva trattazione della pratica, ai seguenti Enti e/o Amministrazioni: MEF-UCB, Ministero della Salute (solo per gli italiani residenti all’estero), ASL territorialmente competente (solo per gli italiani residenti in Italia).
6. I dati saranno conservati per dieci anni a decorrere dall’esito della richiesta, ai sensi dell’art. 2946 del Codice civile. Il termine è sospeso in caso di contenzioso in corso.