

**MODULO DELEGA INFORMAZIONI**

IL PRESENTE MODULO E' NECESSARIO NEL CASO SI VOGLIA AUTORIZZARE UN SOGGETTO DIVERSO DAL TITOLARE O DAL BENEFICIARIO A RICHIEDERE INFORMAZIONI PER PROPRIO CONTO CIRCA PRESE IN CARICO DI PRESTAZIONI IN FORMA DIRETTA, RICHIESTE DI RIMBORSO/INDENNIZZI IN FORMA INDIRETTA O ALTRO.

NEL CASO DI RICHIESTE ON LINE, IL PRESENTE MODULO ANDRA' CARICATO INSIEME ALLA DOCUMENTAZIONE MEDICA E DI SPESA AL MOMENTO STESSO DELLA RICHIESTA.

SUCCESSIVAMENTE POTRA' ESSERE INVIATO SOLO PER FAX SPECIFICANDO IL NR. DI RICHIESTA DI RIMBORSO AL NUMERO 06/77607611

**DATI IDENTIFICATIVI (\* compilazione obbligatoria)**

**Nome e Cognome TITOLARE \*** (Titolare della copertura Sanitaria)

Cod. Fiscale \* \_\_\_\_\_

**Nome Cognome del BENEFICIARIO** (chi usufruisce delle prestazioni se diverso dal Titolare)

\_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \* \_\_\_\_\_

ANNO/NUMERO RICHIESTA \_\_\_\_\_

*Autorizza inoltre il/la Sig./a \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
doc. Identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ quale terzo legittimato ad accedere  
alle informazioni personali che lo riguardano.*

**DATA**

**FIRMA**

dell'Interessato (Titolare o del Beneficiario maggiorenne -se diverso dal Titolare)

\_\_\_\_\_