



U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE

Ricevuta il \_\_\_\_\_

L'impiegato: \_\_\_\_\_

Spettabile  
Azienda ULSS 9  
Distretto Socio Sanitario di Base  
Sede di \_\_\_\_\_**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE FRUITE ALL'ESTERO**  
(art. 25 lett. B) Reg. CE 987/09)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ n. tessera sanitaria: \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

## C H I E D E

Il rimborso della spesa di (1) \_\_\_\_\_ sostenuta per prestazioni  
sanitarie cui ha dovuto far ricorso dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per se     per il familiare\_\_\_\_\_  
(cognome – nome – data di nascita – relazione di parentela)durante il temporaneo soggiorno in \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(Paese estero) ( Località estera)

DOCUMENTI ALLEGATI IN ORIGINALE

Importo (2)

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TOTALE

\_\_\_\_\_



U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE

Dichiara di aver usufruito dell'assistenza sanitaria all'estero per i seguenti motivi (3):

---

---

---

Dichiara inoltre di non essersi recato/a all'estero al solo fine di ricevere cure e di dare/non dare(\*) il proprio consenso al rimborso delle spese di cui sopra sulla base delle tariffe vigenti in Italia.

Chiede che l'eventuale rimborso avvenga:

° ASSEGNO DI QUIETANZA

° ACCREDITO BANCARIO: IBAN\_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_

L' Assistito/a

---

## AVVERTENZE PER L'ASSISTITO

(\*) Qualora l'assistito dia il proprio consenso, la tariffazione del rimborso avverrà sulla base delle tariffe vigenti in Italia al netto di eventuali tickets previsti dalla legislazione italiana.

In caso contrario, l'eventuale rimborso verrà sulla base della tariffazione delle spese sostenute, effettuata dall'Istituzione estera del luogo di temporanea dimora.

(1) e (2) L'importo delle spese deve essere indicato in Euro per i Paesi che vi hanno aderito per gli altri, si riporta qui di seguito la sigla della valuta che va indicata:

DKK- Danimarca

NOK – Norvegia

SEK – Svezia

ISK – Islanda

CHF – Liechtenstein e Svizzera

Gli importi dovranno essere indicati per ogni singolo documento

(3) L' assistito dovrà specificare il motivo per il quale è ricorso alle prestazioni sanitarie ed il tipo di cure ricevute durante il temporaneo soggiorno.