REGIONE DEL VENETO
ULSS9 SCALIGERA

Azienda ULSS 9 - Scaligera

Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona
cod.fisc. e P. IVA 02573090236

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 IN SVIZZERA
(Regolamento UE 1231/2010)

Il/La sottoscritto/a_____nato/a il_____

residente a_____Cap_____in

Via_____n._____

C.F_____n. tessera sanitaria:_____

n. tel._____n. cell._____

C H I E D E

Il rimborso della spesa di (1) _____sostenuta per prestazioni

sanitarie cui ha dovuto far ricorso in **SVIZZERA a**_____

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._____ _____

TOTALE _____

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

_____

_____

_____

Dichiara inoltre di non essersi recato/a in SVIZZERA al solo fine di ricevere cure.

Chiede che l'eventuale rimborso avvenga :

° ASSEGNO DI QUIETANZA

° ACCREDITO BANCARIO: IBAN_____

Data_____

L' Assistito/a

_____