

Domanda inoltrata  
tramite la Rappresentanza Diplomatica o Ufficio Consolare di .....

Il sottoscritto..... dipendente

da (1).....con qualifica di.....in servizio

presso.....Cod. Fiscale.....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.

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

- mediante accredito sul c/c bancario n. .... della Banca .....  
.....Agenzia n. ....di (indirizzo) .....  
.....  
Cod. ABI .....Cod. CAB.....Codice IBAN .....

- presso il proprio domicilio;

- mediante accredito presso Rappresentanza Diplomatica o Consolare limitatamente al personale a contratto regolato a legge italiana 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 specificare l'Università o l'Ente che corrisponde la borsa di studio.

(2) Indicare di quale valuta trattasi.

(3) Medesimo o familiare.

**N.B.** Si ricorda che la domanda deve essere correlata dalla documentazione sanitaria, da cui si evidenzia chiaramente la diagnosi e la terapia della malattia, e dalle **fatture di spesa, in originale, debitamente quietanzate**. In caso contrario non si potrà procedere all'istruttoria della pratica di rimborso.

Copia di tutta la documentazione può avvenire per PEC (Posta elettronica Certificata) all'indirizzo:  
asssanitariaminsalut@cert.esteri.it

presentata alla Rappresentanza <sup>Diplomatica</sup>----- di .....  
Consolare

In data .....

**IL CAPO DELLA RAPPRESENTANZA**

(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.

timbro e firma