


 Spett.le
 Azienda ULSS 9
 Distretto Sanitario/Punto Sanità di

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE – Servizio di Medicina Turistica

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

residente a _____ Cap _____

Via _____ n. _____

C.F. _____ n. tessera sanitaria: _____

n. Te.l / Cell. : _____

CHIEDE

Il rimborso della spesa di Euro _____ venga accreditato sul seguente C/C Bancario o Postale:

CODICE IBAN _____

Sede Banca / Posta _____

C/C intestato a _____

 per se

 per il

familiare: _____

(cognome – nome – data di nascita – relazione di parentela)

durante il temporaneo soggiorno a _____

in quanto appartenente ad una delle seguenti categorie:

 minori anni 12 e cittadini superiori ai 60 anni;

 lavoratori e studenti, dimoranti per lavoro o studio;

 portatori handicap, con grado superiore all' 80% ai fini dell'attività lavorativa.

DOCUMENTI ALLEGATI IN ORIGINALE
Importo

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

TOTALE SPESE SOSTENUTE

Data _____

Firma _____