

U.L.S.S. N. 9 SCALIGERA

 Al Distretto n. \_\_\_\_ Punto Sanità \_\_\_\_\_ Ufficio Stranieri – Bardolino (VR)

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE FRUITE  
NELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tessera sanitaria n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rimborso della spesa di \_\_\_\_\_ (1) sostenuta per prestazioni sanitarie cui ha dovuto  
fare ricorso dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per se/per il familiare

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

durante un temporaneo soggiorno a San Marino.

**DOCUMENTI ALLEGATI IN ORIGINALE:**

	(2)	(3)
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
	TOTALE	_____

Dichiara di aver usufruito dell'assistenza sanitaria all'estero per i seguenti motivi:(4)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiara inoltre di non essersi recato/a all'estero al solo fine di ricevere cure.

L'assistito/a

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOTE:**

- (1) L'importo della spesa deve essere indicato nella valuta dello Stato estero
- (2) Sigla della valuta dello Stato estero:  
€ = Euro
- (3) Importo riferito al singolo documento prodotto
- (4) Deve essere specificato dall'assistito il motivo per il quale ha fatto ricorso alle prestazioni sanitarie ed il tipo di cure cui è stato sottoposto.