

**MODELLO R4 – DEROGHE (FORMA DIRETTA)**

**DOMANDA DI RIMBORSO IN DEROGA PER SPESE SOSTENUTE PER  
CURE ALL'ESTERO IN FORMA DIRETTA**

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

Al Distretto n. \_\_\_\_

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

e residente a \_\_\_\_\_ (Cap \_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

n. di telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rimborso, ai sensi dell'art. 7 comma 4 del D.M. 3.11.89, delle spese di carattere sanitario rimaste a proprio carico e sostenute:

per sé: Tess. sanitaria n. \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale n. \_\_\_\_\_

per il familiare: \_\_\_\_\_  
(cognome e nome; data di nascita; relazione di parentela)

Tess. sanitaria n. \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale n. \_\_\_\_\_

nel periodo \_\_\_\_\_ presso la struttura sanitaria estera \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Stato: \_\_\_\_\_

In particolare, il sottoscritto chiede, il rimborso delle spese:

- per prestazioni medico sanitarie – libero professionali;
- per tickets sanitari;
- per il viaggio, effettuato con il seguente mezzo di trasporto: \_\_\_\_\_ e sostenute:
  - per sé
  - per l'accompagnatore (se preventivamente autorizzato)

A tal fine allega la seguente documentazione **ORIGINALE**, debitamente quietanzata (possibilmente tradotta dal testo straniero in quello italiano) delle spese sostenute:

n. \_\_\_\_\_ ricevute per spese sanitarie     n. \_\_\_\_\_ ricevute per tickets sanitari

n. \_\_\_\_\_ ricevute per spese di viaggio     altro (specificare) \_\_\_\_\_

Chiede inoltre che il rimborso venga versato sul C/C n. \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

o diversamente con le seguenti modalità di pagamento: \_\_\_\_\_.

Ai fini del rimborso, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 lettera F - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

che il proprio nucleo familiare è composto, oltre che dal sottoscritto, dalle seguenti persone:

_____	_____	_____
(cognome e nome)	(data di nascita)	(luogo di nascita)
_____	_____	_____
(cognome e nome)	(data di nascita)	(luogo di nascita)
_____	_____	_____
(cognome e nome)	(data di nascita)	(luogo di nascita)
_____	_____	_____
(cognome e nome)	(data di nascita)	(luogo di nascita)

ed ai sensi dell'art. 47 DPR 28 dicembre 2000, n. 445

che il reddito complessivo prodotto dal proprio nucleo familiare nell'anno \_\_\_\_\_ è il seguente:

_____	_____	_____
(cognome e nome)	(data di nascita)	(reddito complessivo prodotto)
_____	_____	_____
(cognome e nome)	(data di nascita)	(reddito complessivo prodotto)
_____	_____	_____
(cognome e nome)	(data di nascita)	(reddito complessivo prodotto)
_____	_____	_____
(cognome e nome)	(data di nascita)	(reddito complessivo prodotto)

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

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

Firma \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta ed inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax o a mezzo posta.