

MODELLO R3 – DEROGHE (FORMA INDIRECTA)

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

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 3 del D.M. 3.11.89, delle spese di carattere sanitario e di soggiorno 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;

per il viaggio, effettuato con il seguente mezzo di trasporto: _____ e sostenute:

per sé

per l'accompagnatore (se preventivamente autorizzato)

di soggiorno.

A tal fine allega la seguente documentazione ORIGINALE, debitamente quietanzata (possibilmente tradotta dal testo straniero in quello italiano) delle spese sostenute per il soggiorno, tenuto conto che la documentazione relativa alle spese per prestazioni sanitarie e per il viaggio è già stata consegnata con la domanda di rimborso presentata in data _____:

n. _____ ricevute per spese di soggiorno 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.