

MODELLO RI - RIMBORSI

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

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

Al Distretto n. ____

Il/La sottoscritto/a _____ nata a _____ il _____
e residente a _____ Cap _____ Via _____ n. _____

CHIEDE

il rimborso delle spese di carattere sanitario, ai sensi dell' art. 6 del D.M. 3.11.89, 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: _____ sostenute:

per sé

per l'accompagnatore (se preventivamente autorizzato)

A tal fine allega la seguente documentazione (possibilmente tradotta dal testo straniero in quello italiano):

- Documentazione sanitaria delle prestazioni usufruite:

cartella clinica

referto medico

- Documentazione ORIGINALE, debitamente quietanzata, delle spese sostenute:

n. _____ ricevute per spese sanitarie

n. _____ biglietti aerei

n. _____ ricevute per spese di viaggio

altro (specificare) _____

- Visto di congruità e dichiarazione della locale rappresentanza consolare italiana che certifichi la natura della struttura sanitaria estera.

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

_____ IBAN _____

o diversamente con le seguenti modalità di pagamento: _____.

Data, _____

Firma _____