

**MODELLO R6 - RIMBORSI**

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE SOSTENUTE ALL'ESTERO PER CURE  
TRANSFRONTALIERE DIRETTIVA 2011/24/UE**

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

- Servizio Professionisti in convenzione ex ULSS n. 20
- Ufficio Stranieri ex ULSS n. 21 – Legnago (VR)
- Ufficio Stranieri ex ULSS n. 22 – Bardolino (VR)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rimborso delle spese di carattere sanitario, ai sensi della Direttiva 2011/24/UE, 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: \_\_\_\_\_

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

- Certificazione medica delle prestazioni usufruite
  - cartella clinica
  - referto medico
- Documentazione ORIGINALE, debitamente quietanzata, delle spese sostenute:
  - n. \_\_\_\_\_ ricevute per spese sanitarie

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

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

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

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

Firma \_\_\_\_\_