

SCHEMA DI DOMANDA

Al Direttore del Distretto di

.....

Il/La sottoscritto/a.....nata/o a.....
Il.....e residente a....., codice fiscale
.....oppure genitore del bambino (da compilare solo
se il rimborso riguarda un bambino di età inferiore ai 12 anni) iscritta/o nell'elenco degli assistiti
del dr..... trovandosi occasionalmente fuori dal proprio
domicilio per motivi di :

- turismo
- lavoro o studio

CHIEDE

Il rimborso delle spese sostenute per n.....visite occasionali effettuate dal dr.....
....., codice regionale....., iscritto negli elenchi dei
medici convenzionati della Regione

Allega alla presente l'originale o gli originali delle fatture per l'ammontare di €.....
(per i portatori di handicap allegare copia del verbale di riconoscimento di invalidità civile)

Fa presente di aver diritto al rimborso in quanto è:

- genitore di un bambino di età inferiore a dodici anni;
- Utente ultrasessantenne;
- lavoratore o studente;
- portatore di handicap con menomazione superiore all'80% ai fini dell'attività lavorativa

Chiede, altresì, che il pagamento avvenga per:

- vaglia postale;
- accredito sul C/C n. acceso presso la Banca diCAB.....ABI..
.....;
- altro.....

.....Data.....

A seguito delle informazioni ricevute, autorizza il Distretto di _____ al
trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003 ai fini della trattazione
della presente richiesta di rimborso.

Firma

leggibile