

Al Distretto di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

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

### CHIEDE

il rimborso, ai sensi dell'art. 6 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 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, delle spese sostenute:

☐ n. biglietti \_\_\_\_\_ ☐ altro (specificare) \_\_\_\_\_

Chiede inoltre che il rimborso venga versato presso la banca

\_\_\_\_\_

sul C/C n. \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_, CAB \_\_\_\_\_,

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

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

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 \_\_\_\_\_