

Al Distretto di _____

Via _____

Il/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 _____