

Azienda U.S.L. ROMA B
 Al Direttore del ___ Distretto
 Via _____
 CAP _____ R O M A

Oggetto: Domanda di rimborso delle spese per prestazioni sanitarie fruite presso centri di altissima specializzazione all'estero ai sensi del DM 3/11/89.

Il/La sottoscritto/a _____ chiede il rimborso delle spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie (fruite in forma indiretta) _____

da: (cognome) _____ (nome) _____ (parentela) _____

nato a _____ il _____ cittadinanza _____ residente a _____

in via _____ n. _____ CAP _____ telefono n. _____

cod. fisc. _____ presso la seguente struttura:
 _____ città _____ dal _____ al _____
 _____ stato _____ estero _____

Si allega alla presente domanda:

1) Documentazione delle spese (fatture quietanzate o titoli equipollenti in originale con traduzione giurata);

_____	importo _____
_____	importo _____
_____	importo _____
_____	importo _____

2) Documentazione sanitaria (fotocopia della cartella clinica, referti ecc.) con traduzione giurata

3) Dichiarazione della locale rappresentanza diplomatica o consolare relativa alla natura giuridica del centro;

4) Biglietti di viaggio del mezzo autorizzato;

5) Altri eventuali documenti (specificare) _____

Il sottoscritto chiede che il rimborso spettante venga:

Quietanza in tesoreria;

Inviato al proprio domicilio con assegno non trasferibile;

Accreditato su C/C intestato a _____

Codice IBAN _____.

Data _____

Firma _____