

**RICHIESTA DI RIMBORSO DI PRESTAZIONI SANITARIE
RICEVUTE ALL'ESTERO (E 126)**

Il sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
nazionalità _____ codice fiscale _____ Tessera sanitaria _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____
telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____

in qualità di:

diretto interessato familiare altro (specificare) _____

di: (nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ grado di parentela (specificare) _____
residenza (se diversa) _____ Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____ Tessera sanitaria _____

CHIEDE

il rimborso della spesa sostenuta per prestazioni sanitarie fruite in data _____ (1)
da lui medesimo / dal familiare _____
nat. _____ a _____ il _____ iscritto al S.S.N. con
tessera n. _____ C.F. _____ durante un temporaneo
soggiorno in _____ nella località di _____

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

DICHIARA

che la prestazione si è resa necessaria per i seguenti motivi:

di non essersi recato all'estero al solo fine di ricevere cure sanitarie

Allega i seguenti documenti:

n. ordine	Documento	importo in valuta
1		
2		
TOTALE		

Si richiede che il rimborso sia effettuato con la seguente modalità:

accredito tramite bonifico su c/c bancario intestato a _____

COD. IBAN	DENOMINAZIONE BANCA

assegno di traenza (spedito a mezzo posta ordinaria)

in contanti presso qualsiasi filiale della Banca Regionale Europea S.P.A. (indicare eventuale quietanza in caso di delega: _____)

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 ("PRIVACY"): "Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 ss.m.i. dall'ASL CN1 esclusivamente ai fini del presente procedimento e che potrà reperire ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo degli stessi sul sito internet aziendale nonché presentando richiesta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico".

(1) Ove la data della domanda fosse posteriore di oltre tre mesi alla data di effettuazione della relativa spesa, dovrà essere motivato il ritardo nella presentazione della richiesta di rimborso

Data _____ Firma _____

PARERE DEL SANITARIO

- Tenuto conto di quanto dichiarato dall'assistito nella domanda di rimborso spese per prestazioni sanitarie usufruite in uno degli Stati membri dell'Unione Europea (o altro paese convenzionato)
- Ritenuto che l'assistito non si è recato all'estero con lo scopo specifico di ricevere cure
- Esaminata la documentazione sanitaria, si esprime parere:

FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE sull'urgenza ed indifferibilità delle prestazioni sanitarie.

Data _____ Il Medico Responsabile _____