

**DOMANDA RIMBORSO SPESE PRESTAZIONI SANITARIE ALL'ESTERO OCCASIONALI  
PER I PAESI DELLA COMUNITA' EUROPEA**

**Dati del richiedente**

Cognome e Nome

Data di nascita

Indirizzo di residenza:

Comune:

C.A.P.:

Codice Fiscale

Telefono:

**Dati di chi ha ricevuto la prestazione**

Cognome e Nome

Data di nascita

Indirizzo di residenza:

Comune:

C.A.P.:

Codice fiscale:

**chiede**

il rimborso della spesa di ..... sostenuta per prestazioni sanitarie cui ha dovuto fare ricorso  
dal ..... al.....  
durante il temporaneo soggiorno in ..... città.....

**DOCUMENTI ALLEGATI IN ORIGINALE:**

Spesa presentata (documentazione fiscale idonea)	Importo
TOTALE	

**CODICE IBAN (1) :**

Dichiara di aver usufruito dell'assistenza sanitaria all'estero per i seguenti motivi medici:

Dichiara inoltre di non essersi recato all'estero al solo fine di ricevere cure.

data (2):

firma del richiedente:

(1) in caso contrario verrà decurtato il costo di un assegno

(2) la domanda deve essere presentata entro 3 mesi dalla data di effettuazione della relativa spesa come da Circolare 1000/VI/3490 16/06/1982.