

MODELLO DI - FORMA DIRETTA

**DOMANDA DI TRASFERIMENTO ALL'ESTERO PER CURE IN AMBITO U.E.¹ O
EFTA² O ALTRI PAESI CONVENZIONATI³**

Al Distretto Socio Sanitario n. ____
U.L.S.S. N. 20 – VERONA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ e residente a _____ CAP _____

Via _____ n. _____ tel. n. _____

Cittadinanza _____

CHIEDE

per sé Codice Fiscale _____ Tessera San. _____

per il familiare _____
(cognome e nome; data di nascita; relazione di parentela)

Codice Fiscale _____ Tessera San. _____

IL RILASCIO DEL MOD. E S2* (per cure in ambito U.E.¹ o EFTA²)
o MODELLI SIMILARI (per cure in Paesi convenzionati³)**

per effettuare le seguenti cure _____

presso la struttura sanitaria estera _____

Città estera _____ Stato _____

nel periodo dal _____ al _____ .

Allega alla presente: certificato medico specialista italiano
 altra documentazione sanitaria.

Il sottoscritto informa che il trasporto/viaggio sarà effettuato con il seguente mezzo: _____

Chiede, inoltre, che sia autorizzato l'accompagnatore per i seguenti motivi _____

Data _____ Firma _____

*** Il Mod. S2 e similari danno diritto alle prestazioni sanitarie in forma gratuita (salvo eventuali tickets),
senza alcun rimborso per le spese di viaggio (sia dell'assistito che dell'eventuale accompagnatore).

MODELLO D1 – FORMA DIRETTA

NOTE:

¹ **Paesi Unione Europea:** Austria, Belgio, Cipro, Croazia dall'1.7.2013, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Repubblica Slovacca, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria.

² **Paesi EFTA:** Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svizzera.

³ **Paesi Convenzionati:** Capoverde, Croazia fino al 30.6.2013, Ex Jugoslavia (Jugoslavia, Macedonia, Bosnia Erzegovina, Serbia, Montenegro, Voivodina), Principato di Monaco, San Marino.