

MODELLO R2 - RIMBORSI
DOMANDA DI RIMBORSO SPESE SOSTENUTE ALL'ESTERO PER CURE DI
NEURORIABILITAZIONE

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. _____

CHIEDE

ai sensi del DPCM 01/12/2000, dell'Accordo Stato-Regioni del 06/02/2003 e della DGR n. 2878 del 17/09/2004, il rimborso delle spese 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 prestazioni medico sanitarie;
- per il viaggio, effettuato con il seguente mezzo di trasporto: _____ sostenute:
 - per sé
 - per l'accompagnatore (se preventivamente autorizzato)
- di soggiorno

A tal fine allega la seguente documentazione (possibilmente tradotta dal testo straniero in quello italiano):

- Documentazione sanitaria delle prestazioni usufruite:
 - cartella clinica referto medico
- Documentazione **ORIGINALE**, debitamente quietanzata, delle spese sostenute:
 - n. _____ ricevute per spese sanitarie n. _____ biglietti aerei
 - n. _____ ricevute per spese di viaggio n. _____ ricevute per spese di soggiorno
 - altro (specificare) _____
- Visto di congruità e dichiarazione della locale rappresentanza consolare italiana che certifichi la natura della struttura sanitaria estera.
- Dichiarazione ISEE (solo per chi ha un indicatore ISEE inferiore a €13.000)

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 _____