

**MODELLO R3 – DEROGHE (FORMA INDIRECTA)**

**DOMANDA DI RIMBORSO IN DEROGA PER SPESE SOSTENUTE PER  
CURE ALL'ESTERO IN FORMA INDIRECTA**

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. \_\_\_\_  
n. di telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rimborso, ai sensi dell'art. 7 comma 3 del D.M. 3.11.89, delle spese di carattere sanitario e di soggiorno rimaste a proprio carico e 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: \_\_\_\_\_ e sostenute:

per sé

per l'accompagnatore (se preventivamente autorizzato)

di soggiorno.

A tal fine allega la seguente documentazione ORIGINALE, debitamente quietanzata (possibilmente tradotta dal testo straniero in quello italiano) delle spese sostenute per il soggiorno, tenuto conto che la documentazione relativa alle spese per prestazioni sanitarie e per il viaggio è già stata consegnata con la domanda di rimborso presentata in data \_\_\_\_\_:

n. \_\_\_\_\_ ricevute per spese di soggiorno  altro (specificare) \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Ai fini del rimborso, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 26 della legge 15/1968, richiamato dall'art. 6, comma 2, del D.P.R. 103/1998

DICHIARA

che il proprio nucleo familiare è composto, oltre che dal sottoscritto, dalle seguenti persone:

_____	_____	_____
(cognome e nome)	(data di nascita)	(luogo di nascita)
_____	_____	_____
(cognome e nome)	(data di nascita)	(luogo di nascita)
_____	_____	_____
(cognome e nome)	(data di nascita)	(luogo di nascita)
_____	_____	_____
(cognome e nome)	(data di nascita)	(luogo di nascita)

che il reddito imponibile prodotto dalle suddette persone nell'anno \_\_\_\_\_ è il seguente:

_____	_____	_____
(cognome e nome)	(data di nascita)	(reddito imponibile prodotto)
_____	_____	_____
(cognome e nome)	(data di nascita)	(reddito imponibile prodotto)
_____	_____	_____
(cognome e nome)	(data di nascita)	(reddito imponibile prodotto)
_____	_____	_____
(cognome e nome)	(data di nascita)	(reddito imponibile prodotto)

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_