

**MODELLO R4 – DEROGHE (FORMA DIRETTA)**

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

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 4 del D.M. 3.11.89, delle spese di carattere sanitario 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 – libero professionali;
- per tickets sanitari;
- per il viaggio, effettuato con il seguente mezzo di trasporto: \_\_\_\_\_ e sostenute:
  - per sé
  - per l'accompagnatore (se preventivamente autorizzato)

A tal fine allega la seguente documentazione ORIGINALE, debitamente quietanzata (possibilmente tradotta dal testo straniero in quello italiano) delle spese sostenute:

n. \_\_\_\_\_ ricevute per spese sanitarie     n. \_\_\_\_\_ ricevute per tickets sanitari

n. \_\_\_\_\_ ricevute per spese di viaggio     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 \_\_\_\_\_