

MODELLO R6 - RIMBORSI

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE SOSTENUTE ALL'ESTERO PER CURE
TRANSFRONTALIERE DIRETTIVA 2011/24/UE**

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

il rimborso delle spese di carattere sanitario, ai sensi della Direttiva 2011/24/UE, 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: _____

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

- Certificazione medica delle prestazioni usufruite
 cartella clinica referto medico
- Documentazione **ORIGINALE**, debitamente quietanzata, delle spese sostenute:
 n. _____ ricevute per spese sanitarie

Chiede inoltre che il rimborso venga versato sul C/C n. _____ intestato a _____

_____ IBAN _____

o diversamente con le seguenti modalità di pagamento: _____

Data, _____

Firma _____