



Azienda Ulss 12
Veneziana

Domanda di rimborso spese prestazioni di medicina turistica

MOD 003
Rev. 2
25/03/2014

Al Direttore generale dell'Azienda Ulss 12 Veneziana
Via Don F. Tosatto, 147 - 30174 Mestre (VE)

Il/la sottoscritto/a

Cognome		Nome	
Codice Fiscale		Tessera Sanitaria	
Nato/a a		Prov	il
Residente a	Prov	in (via, piazza ...)	n°
CAP	Telefono		

CHIEDE

il rimborso delle spese sostenute durante un temporaneo soggiorno a
di € sostenute per prestazioni sanitarie

- per sé
 per il familiare

Cognome		Nome	
Codice Fiscale		Tessera Sanitaria	
Nato a		Prov.	il

Come da fattura/e allegata/e per:

<input type="checkbox"/> visite ambulatoriali	€
<input type="checkbox"/> visite domiciliari	€
<input type="checkbox"/> altro	€
Totale	€

Documentazione allegata:

<p>Documentazione:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Modalità di rimborso prescelta:



Azienda Ulss 12
Veneziana

Domanda di rimborso spese prestazioni di medicina turistica

MOD 003
Rev. 2
25/03/2014

in contanti presso qualsiasi sportello della Cassa di Risparmio di Venezia

accredito sul c/c dell'Istituto Bancario

IBAN

Data

Firma

Avvertenze

Hanno diritto al rimborso:

- minori di anni 12
- cittadini di età superiore ai 60 anni
- lavoratori e studenti dimoranti fuori dal proprio domicilio per ragioni connesse a lavoro e studio
- cittadini portatori di handicap, il cui grado di menomazione sia superiore all'80% ai fini dell'attività lavorativa