



Azienda Ulss 12
Veneziana

Domanda di rimborso per prestazioni sanitarie soggiorno temporaneo Unione Europea

MOD 005
Rev. 2
07/04/2014

Al Direttore generale dell'Azienda Ulss 12 Veneziana

Via Don F. Tosatto, 147 - 30174 Mestre (VE)

Il/la sottoscritto/a

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

CAP

CHIEDE

il rimborso della spesa di € sostenuta per prestazioni sanitarie a cui ha dovuto fare ricorso
dal al

per sé

per il familiare:

Cognome		Nome		
Codice Fiscale	Nato/a a	Prov.	il	
Tessera Sanitaria				

durante un temporaneo soggiorno in località

<input type="text"/>

Stato come da fattura/e originali allegata/e:

fattura n°	<input type="text"/>	del	<input type="text"/>	importo	€ <input type="text"/>
fattura n°	<input type="text"/>	del	<input type="text"/>	importo	€ <input type="text"/>
fattura n°	<input type="text"/>	del	<input type="text"/>	importo	€ <input type="text"/>
fattura n°	<input type="text"/>	del	<input type="text"/>	importo	€ <input type="text"/>
fattura n°	<input type="text"/>	del	<input type="text"/>	importo	€ <input type="text"/>
fattura n°	<input type="text"/>	del	<input type="text"/>	importo	€ <input type="text"/>
Totale euro					€ <input type="text"/>



Azienda Ulss 12
Veneziana

Domanda di rimborso per prestazioni sanitarie soggiorno temporaneo Unione Europea

MOD 005
Rev. 2
07/04/2014

Compilazione obbligatoria. Dichiaro di aver usufruito dell'assistenza sanitaria all'estero per i seguenti motivi:

Modalità di rimborso prescelta:

in contanti presso qualsiasi sportello della Cassa di Risparmio di Venezia;

accredito sul c/c dell'Istituto Bancario

IBAN

Dichiaro, inoltre, di non essersi recato all'estero al solo fine di ricevere cure.

Data

Firma

Avvertenze

- L'eventuale rimborso potrà aver luogo sulla base della tariffazione delle spese sostenute, indicata dalla istituzione estera del luogo di temporaneo soggiorno
- Il rimborso non potrà eccedere le spese sostenute dall'assistito