**Allegato 31**

**DOMANDA RIMBORSO SPESE CURE E RICOVERI ALL’ESTERO**

(artt. 6 e 7 D.M. 3/11/1989 DPCM 1/12/2000 e DGR 20153 del 23/12/2004)

Il/la sottoscritto/a................................................................ codice fiscale …………………..........

nato/a............................................... il ................................ cittadinanza…………………………..

residente a………………………… in via …......................................................................................

telefono …………................... e-mail……………………………………………..

con riferimento all’autorizzazione/Mod.S2 rilasciato da codesto Ente in data …………………

**C H I E D E**

**□ per sé**

**□ per conto di**:

cognome……................................................................. nome……............................................. nato/a....................................... il............................ cittadinanza……………………................... residente a……………………………..…….. in via...…………..……………………………………

C. F………………………………………… iscritto negli elenchi dell’ASST ………………………

In qualità di ……………………………………………………………………………………………….

(genitore, amministratore di sostegno o altro soggetto formalmente delegato)

il rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie di alta specializzazione fruite in

……………………………………………………………………………………………….dal……………….

al…………………… per un totale di Euro …………………………….come sotto specificato:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **VALUTA** |  | **CAMBIO** |  | **EURO (€)** |
| **SPESE SANITARIE**  (degenza, intervento, esami , protesi, ecc.) |  |  |  |  |  |  |
| **PRESTAZIONI LIBERO PROFESSIONALI** |  |  |  |  |  |  |
| **TRASPORTO O VIAGGIO ASSISTITO** |  |  |  |  |  |  |
| **VIAGGIO ACCOMPAGNATORE** |  |  |  |  |  |  |
| **ALTRE SPESE** |  |  |  |  |  |  |
| **TOTALI** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Si chiede che l’importo da rimborsare venga accreditato sul C/C…………………………….……presso

……………………………………………………………………………………………………………………………..

Codice IBAN :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Intestato a ………………………………………………………………………………………………………………….

Data…………………………………

Firma……………………………………………

|  |
| --- |
| DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE A DOMANDA DI RIMBORSO PER CURE ALTA SPECIALIZZAZIONE ALL’ESTERO   * documenti originali di spesa quietanzati o copie contabili bancarie relative ai pagamenti * copie contabili bancarie per pagamenti in valuta diversa dall’Euro * copia cartella clinica o relazione sanitaria del Centro estero dove è stato fruito il ricovero e/o le cure, tradotta in lingua italiana, a carico dell’assistito * dichiarazione di congruità del Consolato italiano delle località dove è avvenuto il ricovero e/o sono state effettuate le cure, nei casi previsti * autocertificazione della composizione e del reddito lordo del nucleo familiare (**A284-GM032 All.32**) |