

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SOSTENUTE FUORI AMBITO

(Art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. (____), il ____/____/____

Codice Fiscale : _____

residente in _____ (C.A.P.) _____ Via _____

riferimenti telefonici: _____ mail _____

nella sua qualità di:

Interessato

Genitore/altro familiare/tutore

Erede o delegato

CHIEDE

per il/la minore/Sig./ra _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ prov. (____), il ____/____/____

residente a _____ (Prov. _____) in Via _____ n. _____

[] rimborso delle spese sanitarie sostenute durante un temporaneo soggiorno fuori dal proprio ambito di appartenenza;

[] rimborso delle spese sanitarie sostenute per un ricovero autorizzato all'estero [S2].

CURE SANITARIE PRESTATE A IMPORTO RICHIESTO €.....
(Indicare luogo)

come da ricevute quietanzate (in originale) qui allegate.

Codice IBAN per l'eventuale rimborso **IT** _____

Dichiara inoltre di:

- essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti della conseguente decadenza dei benefici di cui agli *artt. 75 e 76 del DPR 445/2000*;
- essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa (*art.13 della legge 196/2003*);

IL DICHIARANTE

(luogo e data)

(firma estesa e leggibile)