

All'Azienda U.S.L. n° 5 Oristano
Ufficio Ricoveri extra-regione/esteri
Distretto Sanitario di ALES-TERRALBA

ASSISTENZA SANITARIA EXTRA-REGIONE/ESTERI
L.R. N° 26 DEL 23/07/91
RICHIESTA RIMBORSO SPESE VIAGGIO A CONGUAGLIO

IL SOTTOSCRITTO _____ NATO A _____

IL _____ RESIDENTE A _____ VIA _____

CAP _____ TEL. _____ COD. REGIONALE _____

COD. FISC. _____

In seguito all'autorizzazione rilasciata da questa Azienda U.S.L. in data _____

CHIEDE

- IL RIMBORSO DEL CONTRIBUTO PER SPESE DI VIAGGIO E DI SOGGIORNO RELATIVE AL TRASFERIMENTO PER CURE PRESSO

per sé o per il familiare _____ nato a _____

il _____ FA PRESENTE DI :

NON/ AVER FRUITO DELL'ANTICIPAZIONE DELLE SPESE DI VIAGGIO, IN BASE ALLA

RICHIESTA PRESENTATA IL _____

A tal fine il sottoscritto allega alla presente richiesta:

- N° _____ biglietti di viaggio in originale
- Certificazione sanitaria, in originale, rilasciata dalla struttura sanitaria extra regione che attesti la data di ammissione e di dimissione del paziente o la data della visita di controllo effettuata
- Certificato sanitario in originale, che attesti la necessità della presenza dell'accompagnatore
- Relazione sanitaria aggiornata ed eventuale protocollo terapeutico

Il sottoscritto chiede che la somma dovuta sia accreditata mediante:

- Assegno circolare non trasferibile
- Accreditamento sul c/c bancario/postale n. _____ KAB _____ ABI _____ BIC _____
- Quietanza propria

Ales, li ____/____/_____

Firma dell'interessato o del genitore se minore