

ASSISTENZA SANITARIA EXTRA-REGIONE/ESTERI

**L.R. N° 26 DEL 23/07/91**

RICHIESTA RIMBORSI

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ NATO A \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

COD. REGIONALE \_\_\_\_\_ COD.FISC. \_\_\_\_\_

In seguito all'autorizzazione rilasciata da questa Azienda U.S.L. prot. n. \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

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:

- Accreditamento sul c/c bancario/postale n° \_\_\_\_\_  
CAB \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_ CODICE BIC \_\_\_\_\_
- Assegno circolare non trasferibile

Ales, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma dell'interessato o del genitore se minore