

Oggetto: **RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE PER PRESTAZIONI SANITARIE**  
**art. 25 lett. B del Reg. 987/09 (ex art. 34 del Regolamento CEE 574/72)**

LAVORATORE SUBORDINATO		LAVORATORE AUTONOMO	
TIT. DI PENSIONE ex lav. autonomo		TIT. DI PENSIONE ex lav. subordinato	
DISOCCUPATO		STUDENTE O ALTRO	

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

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

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

ESSENDO RIENTRATO DA \_\_\_\_\_ NELLA PROPRIA RESIDENZA  
(indicare lo stato estero)

ABITUALE DAL \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

PER SE' \_\_\_\_\_ E/O PER I SOTTOELENCATI FAMILIARI \_\_\_\_\_

NOMINATIVO	COD. REG.	COD. FISC.	MEDICO PRECELTO

IL RIMBORSO DELLA SPESA DI € \_\_\_\_\_ SOSPENUTA PER PRESTAZIONI SANITARIE CUI HA  
DOVUTO FARE RICORSO DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_.  
ALLEGA IN ORIGINALE I SEGUENTI DOCUMENTI

- 1) \_\_\_\_\_ ;
- 2) \_\_\_\_\_ ;
- 3) \_\_\_\_\_ ;

DICHIARA DI AVER USUFRUITO DELL'ASSISTENZA SANITARIA ALL'ESTERO PER I SEGUENTI MOTIVI:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DICHIARA INOLTRE DI NON ESSERSI RECATO ALL'ESTERO A SOLO FINE DI RICEVERE CURE.

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

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