

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER VISITE OCCASIONALI EXTRA PROVINCIA/REGIONE e ACQUISTO VACCINI DESENSIBILIZZANTI**

(D.L. 25/01/1982 n. 16 convertito con modif. nella L. 25/03/1982 n 98 e ss. mm. e ii. e D.G.R. n. 6033 del 22.11.1991)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il contributo alla spesa sostenuta, pari a € \_\_\_\_\_

- per sé
- per il familiare (maggiorante) \_\_\_\_\_  
(di cui allega delega, unitamente a fotocopia del documento di riconoscimento del delegante)
- per il minore \_\_\_\_\_ di cui dichiara avere la responsabilità genitoriale, IN ACCORDO con l'altro genitore (indicare NOME, COGNOME E DATA DI NASCITA dell'altro genitore \_\_\_\_\_)
- per il seguente soggetto di cui ha la tutela/curatela/amministrazione di sostegno \_\_\_\_\_

(in questo caso è necessario allegare il provvedimento di nomina di tutore/curatore/amministratore di sostegno)

per la seguente motivazione come da documenti allegati:

- visita occasionale extra provincia/regione
- acquisto vaccino desensibilizzante

di ricevere il rimborso tramite Accredito su C/C bancario – codice IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**DICHIARA CHE LA RICHIESTA RIGUARDA**  
*(solo nel caso di visite occasionali extra provincia/regione)*

- minore di anni dodici
- cittadino di età superiore agli anni sessanta
- lavoratore o studente dimorante, per ragioni connesse all'attività lavorativa o di studio, fuori dal proprio domicilio
- cittadino portatore di handicap, il cui grado di menomazione è superiore all'80% ai fini dell'attività lavorativa

Data \_\_\_\_\_ Il richiedente \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, ai sensi del DLgs 196/2003 e ss. mm. e ii. (codice sulla privacy) esprime il proprio consenso al trattamento dei dati riportati nella presente dichiarazione con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata

Data \_\_\_\_\_ Il richiedente \_\_\_\_\_

Il Distretto Sanitario, esaminata la documentazione allegata e:

- accertato, nel caso di rimborsi di visite occasionali extra provincia/regione, che il richiedente rientra in una delle fattispecie sotto indicate:
  - a) minore di anni dodici
  - b) cittadino di età superiore agli anni sessanta
  - c) lavoratore o studente dimorante, per ragioni connesse all'attività lavorativa o di studio, fuori dal proprio domicilio
  - d) cittadino portatore di handicap il cui grado di menomazione è superiore all'ottanta per cento ai fini dell'attività lavorativa.
- accertato, nel caso di rimborso di vaccino desensibilizzante, che il richiedente abbia allegato:
  - a) la proposta del medico di medicina generale/pediatra/specialista, con l'indicazione della patologia sofferta e la prescrizione del vaccino desensibilizzante;
  - b) la fattura in originale pagata.

### **ACCOGLIE LA DOMANDA**

e dispone l'erogazione dell'importo di €..... quale rimborso per:

- visite occasionali extra provincia/regione
- acquisto vaccini desensibilizzanti (importo massimo €. 51,65.- o comunque non superiore al 50% della spesa sostenuta, detratte le spese postali)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_