

RISERVATO ALL'ASUGI
DOMANDA DI RIMBORSO
N. _____
DEL _____

Ricevuta il _____
L'impiegato _____

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE

(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
(cognome e nome del titolare del documento)

il....., residente a, via
(Comune)

n° eventuale domicilio....., codice
fiscale....., recapito telefonico.....

CHIEDE

il contributo alla spesa sostenuta, pari a Euro.....

- per sé
- per il familiare
(cognome, nome e relazione di parentela)

di cui allega delega, unitamente a fotocopia del documento di riconoscimento del delegante

per la seguente prestazione:

- visite occasionali extra provincia/regione
- acquisto vaccini desensibilizzanti

come dai sottoelencati documenti allegati:

- 1) €
- 2) €
- 3) €

DICHIARA DI ESSERE

(solo nel caso di visite occasionali extra provincia/regione)

- minori 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 handicaps, 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..... Firma.....

 ASUGI Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina	
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA	
RISERVATO ALL'ASUGI DOMANDA DI RIMBORSO N. _____ DEL _____	

Il Distretto Sanitario, esaminata la documentazione allegata e accertato, solo nel caso di rimborsi di prestazioni sanitarie (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.

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 al50% della spesa sostenuta, detratte le spese postali)

Data.....

Firma.....

.....
 da staccare e consegnare all'assistito una copia

QUIETANZA DI PAGAMENTO

Il sottoscritto richiedente (domanda rimborso n.....) dichiara di ricevere in contanti l'importo di €., in data, quale rimborso per l'acquisto di vaccini - prestazioni sanitarie

Data.....

Firma.....