

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE**  
(L.R. 98 del 1982, D.G.R. 6033 del 22/11/1991, D.G.R. 2576 del 26/10/2007 e succ. mod. ed int.)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.R.A. \_\_\_\_\_ Codice fiscale n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

**Quadro a) (Da compilare SOLO nel caso di beneficiario minorenne o interdetto)**

nella sua qualità di  genitore  tutore di

(minore di 18 anni o interdetto) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

a codesta Spett.le Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" il  
rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie:

- vaccini desensibilizzanti
- visite occasionali
- ricovero in clinica privata non convenzionata
- prestazioni urgenti fruiti all'estero
- altro (da specificare \_\_\_\_\_) di cui alla documentazione allegata

- per sé**
- per il familiare** (indicare la persona di cui al riquadro a) ) \_\_\_\_\_

**CHIEDE** inoltre che il pagamento venga effettuato mediante:

- assegno circolare non trasferibile intestato al sottoscritto
- accredito su c/c bancario o postale intestato al sottoscritto:

IBAN: \_\_\_\_\_

**ALLEGATI:**

- a) fattura originale
- b) copia della ricevuta di pagamento
- c) documentazione sanitaria (\*)
- d) certificazione della qualità di tutore (ovvero autocertificazione)
- e) altro

La scrivente dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30.6.2003 n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale l'istanza viene presentata.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

(\*) in caso di :

- vaccini desensibilizzanti allegare certificazione specialistica in originale (per le successive richieste, riferite all'anno stesso, potrà essere allegata fotocopia della certificazione)
- prestazioni urgenti fruite all'estero allegare copia della documentazione sanitaria rilasciata dalla struttura estera

=====

RISERVATO AL DISTRETTO

Esaminata la documentazione allegata

- si autorizza il rimborso nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni normative
- non si autorizza per il seguente motivo:

Il Dirigente Responsabile