

RISERVATO ALL'ASUGI
DOMANDA DI RIMBORSO
REZERVIRANO ZA ASUGI
ZAHTEVEK ZA POVRAČILO
STROŠKOV

N./ŠT. _____

DEL/DATUM _____

Ricevuta il/Datum prejema _____
L'impiegato/Uslužbenec_ka _____

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE
ZAHTeva ZA POVRAČILO STROŠKOV ZDRAVSTVENIH STORITEV

(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)

(UZM št. 16 z dne 25.1.1982, potrjena s spremembami v Zakon št. 98 z dne 25.3.1982 z nadaljnjimi spremembami in dopolnitvami ter Sklep deželnega odbora št. 6033 z dne 22.11.1991)

Il sottoscritto/**Podpisani_a**.....
(cognome e nome del titolare del documento/**priimek in ime imetnika dokumenta**)
nato a/**kraj rojstva**.....Il/**datum rojstva**.....
residente a/**stalno prebivališče**.....
(Comune/Občina)
via/**ulica**.....n°/**št.**.....
eventuale domicilio/**morebitni začasni naslov**.....
codice fiscale/**davčna številka**.....
recapito telefonico/**telefonska številka**.....

CHIEDE / PROSIM

il contributo alla spesa sostenuta, pari a Euro/za **prispevek za stroške, v višini EUR**

- per sé/**zase**
 per il familiare/za **družinskega člana**.....
(cognome, nome e relazione di parentela/**priimek, ime, sorodstveno razmerje**)

di cui allega delega, unitamente a fotocopia del documento di riconoscimento del delegante/**čigar pooblastilo se prilaga s fotokopijo osebne dokumenta pooblastitelja;**

per la seguente prestazione/za **navedeno storitev:**

- visite occasionali extra provincia/regione/**občasni pregledi zunaj pokrajine/dežele**
 acquisto vaccini desensibilizzanti/**nakup specifične imunoterapie za desenzibilizacijo allergij**

come dai sottoelencati documenti allegati/**na podlagi priložene dokumentacije so stroški naslednji:**

- 1)€
2)€
3)€

<p>RISERVATO ALL'ASUGI DOMANDA DI RIMBORSO IZPOLNI ASUGI ZAHTEVA ZA POVRAČILO STROŠKOV</p> <p>N./ŠT. _____ DEL/DATUM _____</p>

DICHIARA DI ESSERE/ IZJAVLJAM, DA SEM

(solo nel caso di visite occasionali extra provincia/regione/**samo v primeru občasnih pregledov zunaj pokrajine/dežele**)

- minori di anni dodici/**mlajši_a od dvanajst let**
- cittadino di età superiore agli anni sessanta/**starejši_a od šestdeset let**
- lavoratore o studente dimorante, per ragioni connesse all'attività lavorativa o di studio, fuori dal proprio domicilio/**delavec_ka ali študent_ka, ki zaradi dela ali študija ne prebiva na naslovu svojega prebivališča**
- cittadino portatore di handicaps, il cui grado di menomazione è superiore all'80% ai fini dell'attività lavorativa/**invalid, s stopnji invalidnosti višjo od 80% za namene zaposlovanja.**

Data/**Datum**..... Il richiedente/**Vlagatelj_ica**.....

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/**Podpisani_a v skladu z Zakonsko uredbo 196/2003 ter naknadnimi spremembami in dopolnitvami (Zakonik o varstvu osebnih podatkov) soglaša z obdelavo podatkov iz te izjave za namene postopka, za katerega je bila izjava podana.**

Data/**Datum**..... Firma/**Podpis**.....

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/**Zdravstveno okrožje, po pregledu priložene dokumentacije in ugotovitvi, (izključno v primeru povračil za zdravstvene storitve, kot so občasni pregledi zunaj pokrajine/dežele), da vlagatelj_ica spada v enega od spodnjih primerov:**

- minore di anni dodici/**mlajši_a od dvanajst let**
- cittadino di età superiore agli anni sessanta/**starejši_a od šestdeset let**
- lavoratore o studente dimorante, per ragioni connesse all'attività lavorativa o di studio, fuori dal proprio domicilio/**delavec_ka ali študent_ka, ki zaradi dela ali študija ne prebiva na naslovu svojega prebivališča**
- cittadino portatore di handicap il cui grado di menomazione è superiore all'ottanta per cento ai fini dell'attività lavorativa/ **invalid, s stopnji invalidnosti višjo od 80% za namene zaposlovanja.**

<p>RISERVATO ALL'ASUGI DOMANDA DI RIMBORSO IZPOLNI ASUGI ZAHTEVEK ZA POVRAČILO STROŠKOV</p> <p>N./ŠT. _____ DEL/DATUM _____</p>
--

ACCOGLIE LA DOMANDA/SPREJME ZAHTEVO

e dispone l'erogazione dell'importo di €/in odredi izplačilo zneskaEUR, quale rimborso per/kot povračilo za:

- visite occasionali extra provincia/regione/občasne preglede zunaj pokrajine/dežele
- acquisto vaccini desensibilizzanti (importo massimo €. 51,65.- o comunque non superiore al 50% della spesa sostenuta, detratte le spese postali)/nakup specifične imunoterapije za desenzibilizacijo alergij (do 51.65 EUR ali v vsakem primeru največ 50 % nastalih stroškov, od katerih s odštejejo poštni stroški)

Data/Datum.....

Firma/Podpis.....

.....
da staccare e consegnare all'assistito una copia/odtržite in stranki izročite kopijo stranki

QUIETANZA DI PAGAMENTO
POTRDILO O PLAČILU

Il sottoscritto richiedente/**Podpisani_a vlagatelj_ica** (domanda rimborso n./zahteva za povračilo št.....) dichiara di ricevere in contanti l'importo di €/izjavljam, da sem prejel znesek v gotovini, ki znaša.....EUR, in data/dne, quale rimborso per l'acquisto di vaccini - prestazioni sanitarie/kot povračilo za plačilo specifične imunoterapije za desenzibilizacijo oz. zdravstvenih storitev.

Data/Datum.....

Firma/Podpis.....

