

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE

(ai sensi della direttiva 2011/24/UE e del D.Lgs. n. 38/2014)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____

via/piazza _____ n. civ. _____

Tel. _____ e-mail _____

C.F.: _____

CHIEDE

☐ **Per sé**

☐ in qualità di _____
(genitore, amministratore di sostegno, o altro soggetto formalmente delegato)

☐ **Per conto di:** _____
(Cognome) (Nome)

Nato/a _____ il _____

Residente a _____

Via _____ n. civ. _____ C.A.P.: _____

C.F.: _____

il rimborso delle spese di € _____ sostenute per prestazioni sanitarie fruite:

Stato estero in cui è stata richiesta/ottenuta la prestazione: _____

Struttura sanitaria estera (denominazione e indirizzo): _____

Prestazione sanitaria

- Tipologia di prestazione ricevuta: _____
- Codice o descrizione della prestazione (se noto): _____

- Data effettiva della prestazione ____ / ____ / ____

Motivazione clinica

- Diagnosi o quadro clinico: _____

- Medico/Struttura che ha redatto la documentazione clinica in Italia: _____

Documentazione allegata per il rimborso:

- ☐ Fatture/ricevute/quietanze di pagamento in originale;
- ☐ Documentazione clinica rilasciata dalla struttura estera dalla quale si evince la prestazione oggetto della richiesta di rimborso;
- ☐ Copia documento di identità;
- ☐ Copia tessera sanitaria;
- ☐ Autocertificazione che attesti che la medesima prestazione non sarà rimborsata da altri enti/assicurazioni;
- ☐ Estremi bancari per il rimborso (IBAN): _____

Dichiarazione dell'assistito

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 45/2000),

DICHIARA

- che quanto indicato nella presente domanda corrisponde al vero;
- di essere residente in Sicilia e iscritto/a al SSR;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679 (GDPR) esclusivamente per finalità istruttorie.

Luogo e data: _____

Firma dell'assistito/a: _____

Spazio riservato all'ASP

- Data ricezione domanda: ____ / ____ / ____
- N. protocollo: _____
- Note istruttorie:

Il DICHIARANTE

(luogo e data)
