SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna
Ufficio Estero

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Domanda di rimborso delle spese sostenute all'estero per cure programmate
(DM 3/11/89 e successive modifiche ed integrazioni.
Reg. UE 883/04 e 987/09)

Il/la sottoscritto/a._____

Nato/a il_____

Residente a _____Cap_____

Via_____N°_____

Tel _____

CHIEDE

Il rimborso delle spese da lui/lei sostenuta per prestazioni sanitarie di cui ha dovuto fa ricorso dal _____ al _____in _____

Per sé/per il familiare _____

_____

Allega le seguenti fatture in originale, quietanzate o con relativa attestazione di pagamento
(da indicare)

1. _____ €/……_____
2. _____ ……_____
3. _____ ……_____
4. _____ ……_____
5. _____ ……_____
6. _____ ……_____
7. _____ ……_____
8. _____ …….. _____
9. _____ ……_____
10. _____ ……_____

Allega i seguenti certificati sanitari/cartella clinica:

1. _____ _____
2. _____ _____
3. _____ _____
4. _____ _____
5. _____ _____
6. _____ _____
7. _____ _____
8. _____ _____
9. _____ _____
10. _____ _____

Allega inoltre la seguente documentazione:

1. _____ _____
2. _____ _____
3. _____ _____
4. _____ _____
5. _____ _____

Bologna, _____

FIRMA

_____

(MODULODOMRIMBORSICureProgr\)