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 prestazioni sanitarie urgenti – necessarie
(art. 34 Reg. Cee 574/72, circ. Min. Sal. N. 1000/VI/3490 del 6/5/82,
circ. Min. Salute D.G. RUERI/7560/I.3.b del 30/8/2005,
Reg . U.E. 987/09, Convenzione Italia-S.Marino)

Il/la sottoscritto/a._____

Nato/a il_____

Residente a _____Cap_____

Via_____N°_____

Tel _____

CHIEDE

Il rimborso della spesa di €/……._____da lui/lei sostenuta per prestazioni sanitarie di cui ha dovuto fa ricorso dal _____ al _____

Per sé/per il familiare _____

durante un temporaneo soggiorno in _____

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:

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

Dichiara di aver usufruito dell'assistenza sanitaria per i seguenti motivi:

_____
_____
_____
_____

Dichiara inoltre di non essersi recato/a all'estero al solo fine di ricevere cure.

Bologna, _____ FIRMA

_____

(MODULODOMRIMBORSO CURE URGENTI NECESSARIE)