



**RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE PER VISITE MEDICHE AMBULATORIALI E DOMICILIARI  
 OTTENUTE PRESSO I SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA IN LOCALITA' TURISTICHE  
 (da presentare presso la sede distrettuale di appartenenza)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tessera sanitaria \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rimborso delle spese sostenute per:

- visita ambulatoriale                       visita domiciliare                       atto medico

durante un soggiorno turistico a \_\_\_\_\_ (indicare il luogo di villeggiatura)

- per sé                                       per il familiare di seguito indicato  :

Cognome e Nome	Data di nascita	Tessera sanitaria	Relazione di parentela
----------------	-----------------	-------------------	------------------------

Si allega la ricevuta in originale per l'importo di € \_\_\_\_\_

**MODALITA' DI PAGAMENTO**

ASSEGNO DI QUIETANZA

ACCREDITO IN CONTO CORRENTE cod. IBAN: \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Firma del richiedente)

\_\_\_\_\_ (Firma dell'operatore che riceve la domanda)

**Categorie aventi diritto al rimborso:**

- minori di anni 12 (in questo caso la domanda deve essere compilata e firmata da un genitore)
- coloro che hanno più di 60 anni di età;
- lavoratori e studenti dimoranti per ragioni connesse all'attività lavorativa e di studio, fuori dal proprio domicilio;
- cittadini portatori di handicaps il cui grado di menomazione e' superiore all'80% ai fini dell'attività lavorativa.