

(per i cittadini residenti in Italia)

All'Azienda Sanitaria Locale di (ASL di residenza)

.....
.....

(per i cittadini residenti all'estero)

**AL MINISTERO DELLA SALUTE
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria
UFFICIO VIII
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144
ROMA**

Domanda inoltrata tramite la Rappresentanza Diplomatica.....
Il sottoscritto..... dipendente
di (1) con qualifica di
in servizio presso Codice fiscale
e-mail (PEO/PEC) chiede, ai sensi
dell'art. 7 del D.P.R. 31/07/1980, n. 618, il rimborso delle spese per un importo di (2)
sostenute nel periodo dal al per le prestazioni sanitarie, di
cui all'allegato elenco, fruite dal (3)
nella località di

Dichiara in ordine alle prestazioni sanitarie di cui alla presente domanda che:

- 1) le relative spese non sono oggetto di rimborso da parte di Istituti di assicurazione;
- 2) le prestazioni stesse non sono conseguenti ad infortunio, per il quale sia riconosciuta la responsabilità di terzi;
- 3) ha sospeso il rapporto con il medico di fiducia, ai sensi dell'art. 7 della Legge 07/08/1982, n. 526.

Chiede inoltre che il rimborso venga effettuato (barrare il punto che interessa):

- mediante accreditamento sul c/c bancario della Banca
..... Agenzia n. di (*indirizzo*).....
Cod. ABI Cod. CAB Cod. IBAN
- presso il proprio domicilio
- mediante accredito presso Rappresentanza Diplomatica limitatamente al personale a contratto
avente diritto, in servizio presso le rappresentanze diplomatiche, gli uffici consolari e gli istituti di
cultura all'estero.

Data,

Firma

- (1) lavoratori dipendenti, sia del settore pubblico che del settore privato, devono specificare il datore di lavoro e l'amministrazione di appartenenza. I lavoratori autonomi devono fornire indicazione dei soggetti per i quali è svolta temporaneamente l'attività all'estero. Per il borsista o lo stagista specificare l'Università o l'Ente
- (2) Indicare di quale valuta trattasi
- (3) Medesimo o familiare

N.B. Si ricorda che la domanda deve essere correlata dalla documentazione sanitaria, da cui si evidenzia chiaramente la diagnosi e la terapia della malattia, e dalle **fatture di spesa, in originale, debitamente quietanzate**. In caso contrario non si potrà procedere al rimborso della pratica.

Presentata alla Rappresentanza Diplomatica di

Data,

**IL CAPO DELLA RAPPRESENTANZA
(timbro e firma)**

(parte da restituire all'assistito a cura della Rappresentanza)

Il Sig. ha presentato la domanda di rimborso,
a termine dell'art. 7 del D.P.R. 618/80, in data..... con n. allegati di spesa
in originale

timbro e firma