



## Prestazioni sanitarie nell'Unione Europea: richiesta di rimborso delle spese sostenute

(Regolamento C.E.E. 987/2009, art. 25)

Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | nazionalità

codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

### CHIEDO

► il rimborso delle spese sanitarie sostenute durante il soggiorno temporaneo

in (specificare lo Stato estero)

presso la struttura sanitaria (specificare il nome e la città)

dal | al

*barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste*

per me

per i familiari conviventi (iscritti nello stato di famiglia) qui indicati:

Nome e Cognome	Data di nascita	Grado di parentela

### DICHIARO

1. di avere ricevuto le prestazioni sanitarie che seguono (specificare)

2. che queste prestazioni sanitarie non erano programmate

### ALLEGO

1. n. \_\_\_\_\_ documenti sanitari in originale (*indicare il numero*)
2. le fatture originali con il timbro del saldo, n. \_\_\_\_\_ (*specificare il numero delle fatture*)
3. una copia di un documento di identità in corso di validità

### SCELGO DI

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

ricevere l'accredito sul conto corrente bancario o postale intestato a:

\_\_\_\_\_

codice IBAN:

\_\_\_\_\_

ricevere un assegno non trasferibile per posta (solo per importi fino a 1.000 euro) all'indirizzo  
(*specificare solo se diverso da quello già indicato*)

Via

\_\_\_\_\_

Comune

CAP

Prov.

### SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data \_\_\_\_\_ | firma (*per esteso e leggibile*) \_\_\_\_\_

### TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo [www.ausl.mo.it/informativaprivacy](http://www.ausl.mo.it/informativaprivacy)

### INFORMAZIONI IMPORTANTI

#### Quando e come chiedere il rimborso

Deve chiedere il rimborso entro 3 mesi dal pagamento delle spese sanitarie.

Può presentare la sua richiesta in diversi modi:

- di persona
- per posta elettronica certificata, all'indirizzo [auslmo@pec.ausl.mo.it](mailto:auslmo@pec.ausl.mo.it), trasmettendo con un unico invio tutta la documentazione (modulo e relativi allegati) altrimenti non sarà possibile prendere in carico la richiesta.

**ATTENZIONE!** Se delega un'altra persona a presentare la sua richiesta, deve ricordarsi di compilare anche il "Modulo di delega".



### SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL

Esaminata la documentazione allegata e accertato che l'assistito non si è recato all'estero con lo scopo specifico di ricevere cure, si esprime parere:

POSITIVO

NEGATIVO

per i seguenti motivi:

somma da liquidare di

euro

data

firma e timbro *(Il Referente amministrativo della procedura)*

data

firma e timbro *(Il Medico responsabile)*