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

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 ordinaria o certificata, all'indirizzo mobilitainternazionale@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.

Ricordi che soltanto scrivere da un indirizzo PEC le garantisce la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio

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)*