

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE
SOSTENUTE IN PAESI DELL'U.E. - SEE - SVIZZERA DURANTE UN TEMPORANEO SOGGIORNO
Regolamenti UE N. 883/2004 – N. 987/2009**

DISTRETTO SANITARIO DI _____

Il/la sottoscritto/a _____ nat_ a _____

il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ Via _____

n° _____ Tel. N. Cellulare _____

e-mail: _____

CHIEDE

il rimborso della spesa di EURO _____ sostenuta per prestazioni sanitarie erogate durante un periodo di temporaneo soggiorno all'estero dal _____ al _____:

PAESE ESTERO _____ Città _____

per sé per il/la familiare/altro: _____

Cognome e nome _____

data di nascita _____ relazione di parentela/altro _____

C.F.: _____

come dai sottoindicati documenti allegati:

1) _____ € _____

2) _____ € _____

3) _____ € _____

A tal fine DICHIARA:

- **di non essersi recato all'estero al solo fine di ricevere cure**
- **di non aver richiesto altro rimborso ad Enti o Assicurazioni**
- **di aver usufruito dell'assistenza sanitaria all'estero per i seguenti motivi:**

- **di avere sostenuto le spese sanitarie per il seguente motivo:**

Sprovvisto di TESSERA TEAM

Mancata accettazione della TESSERA TEAM da parte della Struttura Sanitaria Estera

