

RISERVATO A.S.L. 308

Domanda N° \_\_\_\_\_

Ricevuta il \_\_\_\_\_

L'impiegato \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ tessera sanitaria N° \_\_\_\_\_  
Cognome e nome del titolare del documento

Residente in Milano \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Comune

Tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il rimborso della spesa € . \_\_\_\_\_ da lui sostenuta per prestazioni sanitarie cui ha dovuto presentare ricorso

Per sé \_\_\_\_\_

Per il familiare \_\_\_\_\_  
cognome nome e relazione di parentela

Come dai sottoelencati documenti allegati:

- 1) \_\_\_\_\_ € . \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_ € . \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_ € . \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_ € . \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_ € . \_\_\_\_\_
- 6) \_\_\_\_\_ € . \_\_\_\_\_

**Totale** \_\_\_\_\_

dichiara di non aver potuto usufruire dell'assistenza diretta da parte della A.S.L. per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

L'assistito \_\_\_\_\_

AVVERTENZE PER L'ASSISTITO: l'eventuale rimborso avverrà sulla base dei costi che l'A.S.L. avrebbe sostenuto ove l'assistenza fosse stata erogata in forma diretta e in ogni caso non potrà eccedere le spese sostenute dall'assicurato.