



DOMANDA DI RIMBORSO

Il/la sottoscritto/a
nato/a il a
C.F. tel..... e-mail.....
residente a in via
IBAN

CHIEDE

Il rimborso della spesa di euro sostenuta per le prestazioni di seguito specificate:

- PER SE STESSO
- PER CONTO DI.....C.F.
(in caso di minore o tutore)
- RIMBORSO PER CURE CLIMATICHE E SOGGIORNO TERAPEUTICO (solo se invalido di guerra, invalido per servizio, ex deportato)**
Allegando per contributo delle spese di vitto e alloggio:
- originale fattura quietanzata dell'albergo o della pensione comprovante le spese sostenute per il soggiorno;
 - contratto d'affitto o ricevuta di pagamento quietanzata o autocertificazione della spesa sostenuta.
- Allegando per il contributo delle spese di solo vitto:**
- dichiarazione attestante la durata del soggiorno rilasciata dai Carabinieri, o dai Vigili Urbani o dal Comune o dal Comando di Polizia locale del luogo di soggiorno.
- RIMBORSO PER VISITE OCCASIONALI ALL'ESTERO**
Per il seguente il motivo: _____
e allega l'originale della ricevuta di pagamento quietanzata e documentazione.
- Dichiara inoltre di non essersi recato all'estero al solo fine di ricevere cure.**
- RIMBORSO PER VISITE OCCASIONALI FUORI REGIONE** di cui allega l'originale della ricevuta di pagamento quietanzata.
- RIMBORSO PER TRASPORTO SALMA DONATORE D'ORGANO** di cui allega:
- atto di notorietà per identificazione unico erede;
 - fattura in originale quietanzata riportante in dettaglio l'importo del pagamento dei diritti, delle tariffe e delle tasse comunali;
 - dichiarazione dei chilometri percorsi dal luogo dell'espianto al luogo di sepoltura e viceversa;
 - dichiarazione struttura ospedaliera attestante l'espianto degli organi.

.....
FIRMA