



ASL
VITERBO

UOC Cure Primarie
Direttore Dott. G. Cimarello
Via Enrico Fermi, 15 – 01100 Viterbo
giuseppe.cimarello@asl.vt.it
tel. 0761/236789 – fax 0761/236825



REGIONE
LAZIO

DISTRETTO _____

Prot. n° _____ del _____

RICHIESTA RIMBORSO SPESE ALL'ESTERO IN AMBITO U.E.

(art. 25 del regolamento C.E. 987/2009)

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara di essere nato/a

il _____ a _____ (prov.) _____ di essere residente

a _____ Via/Piazza _____ n° _____ cap _____

codice fiscale _____ rec. Tel. _____

CHIEDE

Il rimborso delle spese sostenute all'estero presso la struttura sanitaria _____

Città _____ Stato _____ nel/i giorno/i _____

Allega alla presente l'originale della fattura e/o ricevuta attestanti le spese sanitarie.

Si autorizza che il rimborso delle spese venga erogato a mezzo bonifico bancario intestato

a _____ via/piazza _____

banca _____ agenzia _____

iban _____ città _____

Data _____

Firma _____