

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE  
PER PRESTAZIONI SANITARIE SOSTENUTE ALL'ESTERO (E126 - S067)**

Questo modulo è editabile digitalmente e può essere:

- consegnato a mano presso gli uffici protocollo della Azienda Usl Toscana Nord Ovest
- inviato per posta raccomandata all'indirizzo Azienda USL Toscana Nord Ovest Ufficio Assistenza all'estero, Largo Giromini, 2 - 54011 Aulla (MS)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_  
Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rimborso della spesa sostenuta per prestazioni sanitarie cui ha dovuto fare ricorso  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per sé/per il familiare (indicare cognome, nome,  
relazione parentela) \_\_\_\_\_

durante un temporaneo soggiorno in \_\_\_\_\_

elenco documenti allegati **in originale**

| documento | valuta | importo |
|-----------|--------|---------|
|           |        |         |
|           |        |         |
|           |        |         |
|           |        |         |
|           |        |         |

Modalità di rimborso: bonifico

Intestatario/intestatari del c/c \_\_\_\_\_

Codice IBAN (27 caratteri) \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara:

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

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere consapevole che in caso di false attestazioni e dichiarazioni mendaci, oltre ad essere tenuto alla restituzione delle somme rimborsate, incorre nelle sanzioni penali ai sensi del D.P.R. 445/2000.

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma dell'assistito)

**LA RICHIESTA DI RIMBORSO È AMMESSA SOLO SE PRESENTATA ENTRO 3 MESI DAL PAGAMENTO, DOCUMENTI DA PRESENTARE:** richiesta rimborso in originale, fatture in originale, prova del pagamento se la fattura non è quietanzata, documento d'identità valido e codice fiscale in copia, codice IBAN e intestatari del c/c preferibilmente in copia

Azienda USL Toscana nord ovest



**UOC GESTIONE  
AMMINISTRATIVA  
ANAGRAFE ASSISTITI  
E PROTESICA**

assistenzaestero@uslnordovest.toscana.it

**Azienda USL Toscana nord  
ovest**

*sede legale*

Via A. Cocchi, 7/9

56121 – Pisa

P.IVA:02198590503