

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE SOSTENUTE
DURANTE UN TEMPORANEO SOGGIORNO NEI PAESI DELL'UNIONE EUROPEA,
PAESI EFTA (ISLANDA, LIECHTENSTEIN, NORVEGIA, SVIZZERA) E UK (E126 – S067)**
Regol.UE n. 883 del 29/04/2004 art. 19 e n. 987 del 16/09/2009 art. 25
(da inviare **entro e non oltre 3 mesi** dal pagamento delle prestazioni)

Questo modulo può essere inviato:

- **preferibilmente** via pec a direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it ;
- per posta all'indirizzo UOC GESTIONE AMMINISTRATIVA ANAGRAFE ASSISTITI E PROTESICA, Azienda Usl Toscana nord ovest, via A. Cocchi, 7/9 - 56124 Pisa;
- consegnato a mano presso gli uffici protocollo della Azienda Usl Toscana nord ovest.

Al Direttore Generale Azienda Usl Toscana nord ovest

Att.ne Ufficio Assistenza all'Estero

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

CHIEDO

☐ Per me stesso; ☐ Per il minore; ☐ Per il familiare

(vedi delega allegata)

NB: per persona gravemente non autosufficiente, allegare decreto del Tribunale nomina Tutore o amm di sostegno.

Cognome e nome
nato/a il a prov.
codice fiscale grado di parentela
residente a
in via n. cap.
Tel.

il rimborso della spesa sostenuta

per prestazioni sanitarie cui si è fatto ricorso dal al durante un
temporaneo soggiorno in

e a tal fine trasmetto contestualmente la seguente documentazione in originale*:

documento	valuta	importo

Azienda Usl Toscana nord ovest



Direttore

U.O.C. Gestione Amministrativa
Anagrafe Assistiti e Protesica
Dr. ssa Caterina Ricci

Responsabile del procedimento:

ICO "Gestione Assistenza e
autorizzazioni cure all'estero,
rilascio modulistica internazionale "

Dr. ssa Claudia Mazzaccheri

e mail:

assistenzaestero@uslnordovest.toscana.it
t

Le informazioni sul trattamento dei dati
personali ai sensi degli articoli 13 e 14
del regolamento UE 2016/679 sono
disponibili al seguente link :
<https://www.uslnordovest.toscana.it/privacy>

Azienda Usl
Toscana nord ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA: 02198590503

* **Se non si trasmettono gli originali**, occorre allegare anche dichiarazione sostitutiva di **atto notorio**, corredata da copia fronte/retro di un documento di riconoscimento valido, ai sensi della vigente normativa D.P.R. 445/2000 es s.mm.ii., in cui l'interessato dichiara quanto segue: **"Le copie delle fatture trasmesse sono conformi agli originali in mio possesso e conservati in modo sicuro e a disposizione della Azienda Usl Toscana nord ovest, che in qualsiasi momento può richiederli in visione. Dichiaro inoltre di non aver richiesto alcun rimborso ad altri enti o assicurazioni private"**

Modalità di rimborso: Bonifico

Intestatario/intestatari del c/c:

Codice IBAN (27 caratteri)

--

DICHIARO:

- 1) di non aver richiesto altro rimborso ad enti o assicurazioni private;
- 2) di non essermi recato all'estero al solo fine di ricevere cure;
- 3) di aver usufruito dell'assistenza sanitaria all'estero per i seguenti motivi:

	:
	:
	:
	:

DICHIARO inoltre:

- di essere consapevole che, in caso di false attestazioni e/o dichiarazioni mendaci, oltre ad essere tenuto alla restituzione delle somme rimborsate, incorrerò nelle sanzioni penali ai sensi del D.P.R. 445/2000;
- di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679. I riferimenti per consultare l'informativa sul trattamento dati sono nel box a destra di questo modulo.

--

Luogo e data

--

Firma del Richiedente

Azienda Usl Toscana nord ovest



Direttore

U.O.C. Gestione Amministrativa
Anagrafe Assistiti e Protesica
Dr. ssa Caterina Ricci

Responsabile del procedimento:

ICO "Gestione Assistenza e autorizzazioni cure all'estero, rilascio modulistica internazionale"

Dr. ssa Claudia Mazzaccheri

e mail:

assistenzaestero@uslnordovest.toscana.it

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento UE 2016/679 sono disponibili al seguente link :
<https://www.uslnordovest.toscana.it/privacy>

NB: Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, **la presente richiesta sottoscritta deve essere corredata anche con una fotocopia fronte/retro di documento di riconoscimento valido del dichiarante.**

Azienda Usl
Toscana nord ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA: 02198590503