DOMANDA DI RIMBORSO PER VISITE MEDICHE OCCASIONALI

(ex ART. 46 ACN del 28/04/22 – D.L. 25/01/1982 n. 16 convertito con modif. nella L. 25/03/1982 n. 98 e ss. mm. ii.)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il_____ e residente a _____

In via _____ n. _____

Recapito telefonico _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

Il rimborso della spesa di € _____ sostenuta:

☐ per sé

☐ per il familiare _____

(cognome, nome e relazione di parentela)

di cui allega delega, unitamente a fotocopia del documento di riconoscimento del delegante.

Per la visita medica occasionale:

☐ Domiciliare

☐ Ambulatoriale

Fruita in data _____ a _____ prov. _____

Ed effettuata dal dr. _____ convenzionato S.S.N.

Alla domanda si allega fattura in originale (o copia corredata da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di conformità all'originale).

• • • •