

Domanda inoltrata
tramite la Rappresentanza Diplomatica o Ufficio Consolare di

Il sottoscritto.....dipendente
da (1).....con qualifica di.....in servizio
presso.....Cod. Fiscale.....e-mail.....
chiede, ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. 31 luglio 1980, n. 618, il rimborso delle spese, per un importo
di (2).....sostenute nel periodo dalal.....
per le prestazioni sanitarie, di cui all'allegato elenco, fruite dal (3).....
nella località di.....

Dichiara in ordine alle prestazioni sanitarie di cui alla presente domanda che:

- 1) le relative spese non sono oggetto di rimborso da parte di Istituti di assicurazione;
- 2) che le prestazioni stesse non sono conseguenti ad infortunio, per il quale sia riconosciuta la responsabilità di terzi.

Chiede inoltre che il rimborso venga effettuato (barrare il punto che interessa):

- mediante accreditamento sul c/c bancario n. della Banca
.....Agenzia n.di (indirizzo)
.....
Cod. ABICod. CAB.....Codice IBAN

- presso il proprio domicilio;

- mediante accreditamento presso Rappresentanza Diplomatica o Consolare limitatamente al personale a contratto regolato a legge italiana in servizio presso le rappresentanze diplomatiche , gli uffici consolari e gli istituti di cultura all'estero.

Data.....

Firma.....

(1)I lavoratori dipendenti, sia del settore pubblico che del settore privato, devono specificare il datore di lavoro e l'amministrazione di appartenenza. I lavoratori autonomi devono fornire indicazione dei soggetti per i quali è svolta temporaneamente l'attività all'estero.

Per il borsista specificare l'Università o l'Ente che corrisponde la borsa di studio.

(2) Indicare di quale valuta trattasi.

(3) Medesimo o familiare.

N.B. Si ricorda che la domanda deve essere correlata dalla documentazione sanitaria, da cui si evidenzia chiaramente la diagnosi e la terapia della malattia, e dalle **fatture di spesa, in originale, debitamente quietanzate**. In caso contrario non si potrà procedere all'istruttoria della pratica di rimborso.

Copia di tutta la documentazione può avvenire per PEC (Posta elettronica Certificata) all'indirizzo:
asssanitariaminsalut@cert.esteri.it

presentata alla Rappresentanza -----
Diplomatica ----- di
Consolare -----

In data

IL CAPO DELLA RAPPRESENTANZA

(parte da restituire all'assistito a cura della Rappresentanza)

Il Sig.ha presentato domanda di rimborso,

a termine dell'art. 7 del D.P.R. 618/1980, in data con n.
allegati di spesa in originale.

timbro e firma