

	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
	DIREZIONE CENTRALE SALUTE, INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA, POLITICHE SOCIALI e FAMIGLIA
tel + 39 0403775551 fax + 39 0403775523	salute@regione.fvg.it salute@centregione.fvg.it I - 34124 Trieste, Riva Nazario Sauro 8

Logo ASL Allegato 4

Al Direttore dell'AAS n

DOMANDA DI RIMBORSO

ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA

D.Lgs n. 38 del 28/2/2014 di recepimento della Direttiva 2011/24/UE

Il/La
sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente _____ CAP _____ via _____ in _____

_____ n. _____ civ. _____
Tel. _____

C.F.: _____

Codice _____

I.B.A.N. _____

Chiede

Per sé

in _____ qualità _____ di _____

(genitore, amministratore di sostegno)

(Cognome)

(Nome)

Nato/a _____ il _____

Residente _____ via _____ in _____ n. _____

Ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs n. 38 del 28/2/2014, il rimborso dei costi relativi alla prestazione

RICOVERO ORDINARIO dal _____ al _____

RICOVERO DIURNO il _____

PRESTAZIONI AMBULATORIALI il _____

PRESTAZIONE DI TELEMEDICINA (art.8, comam7 D.Lgs 38/2014) il _____

Indicazione Diagnostica o terapeutica:

Prestazione sanitaria _____

erogata in data _____

autorizzazione SI del _____ No

Si allegano:

Prescrizione del medico su ricettario del SSN (ricetta rossa)

Fattura in originale quietanzata emessa dal prestatore di assistenza sanitaria

Certificazione medica in originale

Data:

Firma

dell'assistito

(o di chi ne fa le

veci)

(a cura dell'ASL)

ESITO:

Positivo
Negativo

Costo della prestazione sanitaria da rimborsare:
euro _____

Motivazione del mancato rimborso: _____

Data

ASL Firma/timbro