

# MODULO DI RICHIESTA SUSSIDI/RIMBORSI

(compilare in stampatello)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il

\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) residente in

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ rovincia \_\_\_\_\_ iscritto dal

\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail

\_\_\_\_\_

aderente al Piano Sanitario (indicare denominazione)

\_\_\_\_\_

chiede che gli venga corrisposto il sussidio per:

- Accertamenti diagnostici, pronto soccorso, prevenzione e controlli (ticket)
- Alta diagnostica strumentale o alta specializzazione
- Visite specialistiche
- Cicli di terapie

**Chiede che il pagamento avvenga tramite accredito sul seguente c/c bancario**

**Banca** \_\_\_\_\_ **Indirizzo** \_\_\_\_\_

**Nominativi degli intestatari del c/c** \_\_\_\_\_

**Codice IBAN** :

Si dichiara che i documenti allegati in fotocopia sono conformi all'originale.

**Firma del richiedente** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Luogo e data**

**VERIFICARE NELL'ARTICOLATO DESCRITTIVO DEL PIANO SANITARIO I DOCUMENTI DA ALLEGARE**

<b>Prestazione</b>	<b>N° Documenti allegati</b>	<b>Tot. €</b>
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, PREVENZIONE E CONTROLLI (TICKET)	_____	_____
ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE O ALTA SPECIALIZZAZIONE	_____	_____
VISITE SPECIALISTICHE	_____	_____
CICLI DI TERAPIE	_____	_____
<b>Tot. Documenti allegati</b>	<b>N° _____ per € _____</b>	