



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

OGGETTO: Richiesta rimborso visita occasionale.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

residente a _____ Via _____ tel. _____

indirizzo e..mail _____

Codice Fiscale n. _____ **chiede** per sé / per il minore

_____ nato il _____

il rimborso previsto per la visita occasionale ambulatoriale/domiciliare effettuata dal Dott.

_____ medico generico/pediatra di libera scelta con studio in

_____ A.S.L. n. _____ di _____

in data _____.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, previste dall'art.76 del D.P.R.n°445/00,

D I C H I A R A

ai sensi degli art. 46 e 47 dello stesso D.P.R.:

- di essersi trovato/a eccezionalmente al di fuori del proprio Comune di residenza e di essere ricorso alle cure del sanitario di cui sopra per motivi dettati esclusivamente da necessità mediche inderogabili.

- di avere diritto al rimborso in quanto :

- ❖ **Minore di anni sei,**
- ❖ **Ultrasessantacinquenne,** il cui reddito lordo – riferito all'anno precedente - è inferiore a € 36.151,98;
- ❖ **Portatore di handicap,** il cui grado di invalidità riconosciuto dalla competente Commissione dell'ASL n. _____ di _____ è pari o superiore al 67%.

A tal fine allega

- ❖ **parcella originale rilasciata dal medico**
- ❖ **accredito su c/c bancario intestato a.....codice iban.....**

data _____

Firma

J:\CPD\modelli sportello 2013\MODULO RICHIESTA RIMBORSO VISITA OCCASIONALE.doc



una sanità in salute fa bene a tutti