

RIMBORSI PER SPESE DI VIAGGIO SOGGIORNO E ACCOMPAGNATORE

I/la sottoscritto/a

Con riferimento alla domanda di rimborso, specifica quanto segue:

Cognome e nome dell' assistito:

Prestazioni sanitarie fruite IN ASSISTENZA DIRETTA
 IN ASSISTENZA INDIRETTA

Per RICOVERO
 VISITA SPECIALISTICA
 ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO

Presso la Struttura Sanitaria:

Sita nel comune di

Dal al

allega la documentazione riguardante le spese sostenute:
(BARRARE LE VOCI CHE INTERESSANO)

- 1. spese di viaggio: biglietti di viaggio, ricevute autostradali.
- 2. spese di soggiorno: fatture di vitto e alloggio.
- 3. spese per accompagnatore: come ai punti 1 e 2.

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ DA COMPILARE SOLO IN CASO DI UTILIZZO DELLA PROPRIA AUTOMOBILE:

Il/la sottoscritto/a dichiara che, per raggiungere la struttura sanitaria su menzionata, ha dovuto percorrere, per il tratto di andata e ritorno dal proprio domicilio, con la propria automobile Km

.....li

.....
il Socio / Beneficiario esterno (FIRMA LEGGIBILE)

.....
L'avente diritto - se maggiorenne - (FIRMA LEGGIBILE)