DOMANDA RIMBORSO SPESE PRESTAZIONI DI MEDICINA TURISTICA
(da presentare presso la sede distrettuale di appartenenza)

Il sottoscritto/a _____ Nato/a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____

In Via/Piazza _____ n°_____

Codice Fiscale _____ n. tel _____

Email _____

consapevole di incorrere, in caso di dichiarazione non veritiera, nelle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e nella decadenza dai benefici eventualmente ottenuti, sotto la propria personale responsabilità

CHIEDE

il rimborso della spesa di Euro _____ sostenuta:

O per sé

O per il proprio famigliare: _____

(cognome – nome – data di nascita – grado di parentela)

durante il temporaneo soggiorno a _____ il _____

(la domanda deve essere presentata entro 3 mesi dalla data di effettuazione della relativa spesa come da circolare 1000/VI/3490 del 16 giugno 1982)

Ai sensi della DGR 1335 del 16 agosto 2017 allegato A, le tariffe erogate dal servizio turistico si applicano a tutti i richiedenti, residenti e non nel territorio regionale, compresi i residenti nella località turistica stessa, appartenenti a una delle seguenti categorie:

1. Minori di anni 12 e cittadini di età superiore ai 60 anni;
2. Lavoratori e studenti dimoranti, per ragioni connesse all'attività lavorativa e di studio, fuori dal proprio domicilio;
3. Cittadini portatori di handicap il cui grado di menomazione è superiore all'80% ai fini dell'attività lavorativa.

Chiede inoltre che il rimborso venga accreditato sul seguente c/c bancario o postale con codice IBAN:

Data _____ Firma_____

Allegati: 1. Ricevuta medica in originale; 2. Copia del documento di identità proprio e quello dell'eventuale delegante