



**DOMANDA PER RIMBORSO SPESE SANITARIE SOSTENUTE  
IN LOCALITÀ DI VILLEGGIATURA**  
(D.G.R. 939/01, 2476/96, 4395/05)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
 in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 Tessera Sanitaria n. \_\_\_\_\_ (allegare copia)

**CHIEDE**

il rimborso della spesa di € \_\_\_\_\_ sostenuta:

per sé\*

per il proprio figlio\* \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
 Tessera Sanitaria n. \_\_\_\_\_ (allegare copia)

Per prestazioni di assistenza sanitaria di base effettuate in località di villeggiatura, come risulta dall'allegata ricevuta originale di pagamento rilasciata dal Medico del Servizio di Medicina Turistica\*.

\* Hanno diritto al rimborso esclusivamente le seguenti specifiche categorie di cittadini:

- a. **Minori** di anni **12**;
- b. Cittadini di età **superiore** agli anni **60**;
- c. **Lavoratori** e **studenti dimoranti**, per ragioni connesse all'attività lavorativa e di studio, fuori dal proprio domicilio (**allegare autocertificazione/atto notorio**);
- d. Cittadini **portatori di handicaps** il cui grado di menomazione è **superiore all'80%** ai fini dell'attività lavorativa (**allegare autocertificazione/atto notorio**).

Chiede inoltre che il rimborso spese, sia eseguito mediante bonifico su c/c bancario o bancoposta esclusi i conti legati al libretto postale per il versamento delle pensioni.

Indicare codice IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Dichiarazione del consenso al trattamento dati ex art. 23 del D.Lgs.196/03**

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del Codice.

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**RISERVATO ALL'OPERATORE**

**TREVISO**

**PIEVE DI SOLIGO**

**ASOLO**

**Inviare all'Ufficio Protocollo dell'Azienda ULSS 2 Marca trevigiana**

Via Sant'Amrogio di Fiera, 37 – 31100 Treviso

Orario: lunedì-venerdì 8.30-15.30

Email: [protocollo.generale@aulss2.veneto.it](mailto:protocollo.generale@aulss2.veneto.it) PEC: [protocollo.aulss2@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss2@pecveneto.it)