**Aventi diritto non residenti in Italia**

**AL MINISTERO DELLA SALUTE**

***Direzione Generale della Programmazione***

***Sanitaria - Ufficio 8***

*Viale Giorgio Ribotta, 5*

00144 ROMA

**ASE-TRASF-RPL *- Domanda inoltrata***

tramite la Rappresentanza Diplomatica o Ufficio Consolare di ……………………………………………….

Il sottoscritto……………………………………………………………………………………………………

dipendente da (1)……………………………………………………………………………………………….

con qualifica di…………………………………………………………………………………………………

in servizio presso……………………………………………………………………………………………….

Codice fiscale .…………………………..……………………………………………………………………..

residente………………………………………………….............e-mail……..………………………………

chiede, ai sensi dell’art. 7 del D.P.R. 31 luglio 1980, n. 618, il rimborso delle spese, per un importo

di (2)…………………………………………………………………………………………………………..

sostenute nel periodo dal ….…………………………………al……..…...................................................

per le prestazioni sanitarie, di cui all’allegato elenco, fruite dal (3)……………..…………………………….

nella località di…………………………………………………………………………………………………

**Dichiara in ordine alle prestazioni sanitarie di cui alla presente domanda che:**

1. le relative spese non sono oggetto di rimborso da parte di Istituti di assicurazione;
2. che le prestazioni stesse non sono conseguenti ad infortunio, per il quale sia riconosciuta la responsabilità di terzi;
3. ha sospeso il rapporto con il medico di fiducia, ai sensi dell’art. 7 della Legge 7 agosto 1982,

n. 526.

Chiede inoltre che il rimborso venga effettuato (barrare il punto che interessa):

mediante accreditamento sul c/c bancario n. …………..…….………………………………………………..

della Banca …………………………………………………………………………………………………….

Agenzia n. ……………………………………………….di (indirizzo) ……………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….....

Cod. ABI ………………Cod. CAB……………..Codice IBAN ……………………………………………..

- presso il proprio domicilio;

- mediante accreditamento presso Rappresentanza Diplomatica o Consolare limitatamente al personale a

contratto avente diritto, in servizio presso le rappresentanze diplomatiche, gli uffici consolari e gli istituti di

cultura all'estero.

**Data**…………………………**Firma**…………….……………………………………………………………..

(1) I lavoratori dipendenti, sia del settore pubblico che del settore privato, devono specificare il datore

di lavoro e l'amministrazione di appartenenza. I lavoratori autonomi devono fornire indicazione dei

soggetti per i quali è svolta temporaneamente l'attività all'estero.

Per il borsista o lo stagista specificare l’Università o l’Ente.

(2) Indicare di quale valuta trattasi.

(3) Medesimo o familiare.

**--------------------------------------------------------------------------------**

presentata alla Rappresentanza Diplomatica di ……………………………………………………………….

**in data** ………………………………… **IL CAPO DELLA RAPPRESENTANZA**

**timbro e firma**

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

(parte da restituire all’assistito a cura della Rappresentanza)

Il Sig. …………………………………………..………………………ha presentato domanda di rimborso,

a termine dell’art. 7 del D.P.R. 618/1980, in data ………………………………con n. ……………………..

allegati di spesa in originale o in forma digitale.

**timbro e firma**