



DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER VISITE OCCASIONALI IN GUARDIA MEDICA TURISTICA

Il/la sottoscritto/a..... nato/a.....

ile residente aVia

N. cod. fiscale.....Tel. N.....

C H I E D E

Il rimborso della spesa sostenuta per il servizio di medicina ai villeggianti per se stesso o per il familiare..... il quale si trova in una delle seguenti condizioni:

- **Minore di anni 12;**
- **Di età superiore a 60 anni;**
- **Studenti dimoranti, per ragioni connesse all'attività di studio, fuori dal proprio domicilio;**
- **Cittadini portatori di handicap con grado di menomazione superiore all'80%, ai fini dell'attività lavorativa.**

ALLEGA:

RICEVUTA DELLA VISITA E DEL PAGAMENTO EFFETTUATO

COPIA DOCUMENTO D'IDENTITA'

MODALITA' DI RIMBORSO:

Indicare codice IBAN:

Data _____

Firma

Il ricevente Punto Sanità

Pratica trasmessa il.....