

DISTRETTO DI NUORO

Oggetto: L.R. 26/91 – richiesta rimborso spese viaggio e contributo per spese di soggiorno sostenute per assistenza sanitaria fuori Regione Sardegna

Il/La sottoscritt _____ C.F. _____

nato/a a _____ il ___/___/___ residente a _____

via _____ n. _____ ai sensi della normativa vigente chiede per se ___ o per il

familiari _____ C.F. _____

nato/a a _____ il ___/___/___ residente a _____

via _____ n. _____

il rimborso delle spese di viaggio ed il contributo per le spese di soggiorno per se e per l'eventuale

accompagnatore delle prestazioni sanitarie fruito presso il Centro _____

di _____ dal ___/___/___/___ al ___/___/___/___, chiede inoltre che il rimborso e

i contributi di cui sopra siano depositati:

- tramite c/c . _____
- IBAN _____
- tramite riscossione diretta presso gli sportelli del Banco di Sardegna

Allega la seguente documentazione:

- certificato attestante il periodo di ricovero o day-hospital rilasciato dalla struttura autorizzata con indicazione dell'indispensabilità di accompagnatore durante detto periodo;
- biglietti di viaggio in originale.

Nuoro,

firma del dichiarante