**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 (Datore): Domanda inoltrata tramite la Rappresentanza Diplomatica o Ufficio Consolare di ………………………………………………………………………………………………………………..

L’Impresa……………………………………………………………………………………………………….

Codice fiscale /Partita IVA……………………. ………………………………………………………………

e.mail …………………………………………………………………………………………………………..

per il proprio dipendente………………………………………………………………………………………..

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

residente………………………………………………………………………………………………………...

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

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

di (1) ……………………………………………………………………………………………………………

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

per le prestazioni sanitarie, di cui all’allegato elenco, fruite dal (2) ………………………………………….

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. le prestazioni stesse non sono conseguenti ad infortunio, per il quale sia riconosciuta la responsabilità di terzi.

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

- mediante accreditamento sul c/c bancario n. ……………..…della Banca …………………………..

 Agenzia/Filiale con sede in ……………………… Cod. ABI ……………Cod. CAB …………….

Codice IBAN (27 caratteri)…………………………………………………………………………….

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

(1) Indicare di quale valuta trattasi.

(2) Dipendente o familiare.

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

**N.B**. Si ricorda che la domanda deve essere correlata dalla documentazione sanitaria, da cui si evidenzi chiaramente la diagnosi e la terapia della malattia, e dalle **fatture di spesa.**

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

 Diplomatica

presentata alla Rappresentanza ---------------------- di ………………………………………………………….

 Consolare

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**