

MOD.B1

ASM
AZIENDA SANITARIA di MATERA
UFFICIO-ASSISTENZA ALL'ESTERO

Il sottoscritto.....natoil.....

Residente a.....Via.....N.....

Autorizzato – SI - - NO – (barrare la voce che interessa) dal Centro Regionale di riferimento dell'Ospedale “ Madonna delle Grazie” di Matera al trasferimento nello Stato Estero per intervento e/o controllo sanitario.

CHIEDE

Un contributo sulle spese sanitarie tenute a proprio carico dell'ammontare di €..... come riportato nell'allegato prospetto, ai sensi del DM 03.11.89 e successivi.

Inoltre, chiede un contributo per l'accompagnatore autorizzato dal C.R.R. di Matera – **SI - - NO** (segnare la voce che interessa)

ALLEGA:

- originali fatture spese sanitarie (tradotte in lingua italiana)
- biglietti di viaggio (solo se muniti del Mod.E112)
- copia Dichiarazione Redditi dell'intero nucleo familiare
- Altro.....
-
-

FIRMA

.....

Il sottoscritto **DICHIARA** sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze civili e penali per dichiarazioni non rispondenti a verità, che non ha chiesto contributi ad altri enti e quanto riportato negli allegati risponde a verità (ai sensi della DPR 445 del 28.12.00).

DATA.....

FIRMA

.....