

**RIMBORSI PER SPESE DI VIAGGIO SOGGIORNO E ACCOMPAGNATORE**

I/la sottoscritto/a .....

Con riferimento alla domanda di rimborso, specifica quanto segue:

Cognome e nome dell' assistito: .....

Prestazioni sanitarie fruite  IN ASSISTENZA DIRETTA  
 IN ASSISTENZA INDIRETTA

Per  RICOVERO  
 VISITA SPECIALISTICA  
 ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO

Presso la Struttura Sanitaria: .....

Sita nel comune di .....

Dal  al

allega la documentazione riguardante le spese sostenute:  
(BARRARE LE VOCI CHE INTERESSANO)

- 1. spese di viaggio: biglietti di viaggio, ricevute autostradali.
- 2. spese di soggiorno: fatture di vitto e alloggio.
- 3. spese per accompagnatore: come ai punti 1 e 2.

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ DA COMPILARE SOLO IN CASO DI UTILIZZO DELLA PROPRIA AUTOMOBILE:**

Il/la sottoscritto/a dichiara che, per raggiungere la struttura sanitaria su menzionata, ha dovuto percorrere, per il tratto di andata e ritorno dal proprio domicilio, con la propria automobile Km .....

.....li

.....  
il Socio / Beneficiario esterno (FIRMA LEGGIBILE)

.....  
L'avente diritto - se maggiorenne - (FIRMA LEGGIBILE)