

**DOMANDA DI RIMBORSO PER PRESTAZIONI SANITARIE VARIE**

Il/la sottoscritta		
Nato/a a	Prov.	il
Residente a	via/fraz/loc.	

Codice fiscale 

sotto la propria responsabilità,

**CHIEDE****Il rimborso della spesa sostenuta per:** se stesso per il minore \_\_\_\_\_ per il quale esercita la potestà parentale  
Cognome e nome, data di nascita

<input type="checkbox"/> <b>TRATTAMENTI DIALITICI</b> Effettuati in VDA e fuori Regione	<input checked="" type="checkbox"/> <b>SOGGIORNI CLIMATICI E TERAPEUTICI</b> Per soggetti invalidi
<input type="checkbox"/> <b>TRAPIANTI D'ORGANO</b> Effettuati in Italia	<input type="checkbox"/> <b>TICKET NON DOVUTO</b>
<input type="checkbox"/> <b>TERAPIA RADIANTE E CICLI DI CHEMIOTERAPIA</b> Non effettuabili in Valle d'Aosta	<input type="checkbox"/> <b>VISITE OCCASIONALI</b> Ambulatoriali/domiciliari
<input type="checkbox"/> <b>VACCINI IPOSENSIBILIZZANTI CURATIVI DELLE MALATTIE ALLERGICHE</b>	<input type="checkbox"/> <b>PRESTAZIONI SANITARIE USUFRUITE NEGLI STATI MEMBRI UE (Unione Europea)</b>

**Che il contributo sia accreditato sul c/c bancario/postale:**

Codice IBAN

Allega alla presente fotocopia del documento di identità (in caso di consegna della domanda da parte di un terzo).

**L'assistito deve aver sottoscritto il consenso al trattamento dei dati da parte dell'Azienda USL Valle d'Aosta**

IL SOTTOSCRITTO

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**N.B. NON** vengono rilasciate copie della documentazione allegata alla presente domanda

# **RIMBORSO DA EROGARE AI SOGGETTI INVALIDI DI GUERRA E CATEGORIE EQUIPARATE CHE USUFRUISCONO DI CURE TERMALI O SOGGIORNI CLIMATICIE TERAPEUTICI**

Richiesta di rimborso delle spese sostenute per cure termali o soggiorni climatici e terapeutici.

Sotto la propria responsabilità,

## **DICHIARA**

di aver effettuato le cure termali o soggiorni climatici e terapeutici presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di giorni \_\_\_\_\_

### **Requisiti per ottenere il rimborso:**

L'Azienda USL Valle d'Aosta riconosce tali rimborsi agli assistiti **iscritti al Servizio Sanitario Regionale, residenti e domiciliati in Valle d'Aosta**. Tali requisiti devono perdurare sia al momento dell'erogazione delle prestazioni che a quello della presentazione della domanda.

### **Documentazione obbligatoria da allegare alla domanda:**

- Fotocopia dell'istanza che attesta il riconoscimento dell'invalidità di guerra o di servizio o di altre categorie equiparate
- Fotocopia della ricetta del Servizio Sanitario Regionale rilasciata dal Medico curante relativa alla prescrizione del ciclo di cure
- Fattura/ricevuta fiscale attestante il periodo di soggiorno

La documentazione comprovante la spesa sostenuta deve essere presentata **entro e non oltre il termine di 60 giorni** dalla data di emissione.

### **Conclusione del procedimento**

La pratica di rimborso si concluderà entro 60 giorni dalla data di presentazione della domanda. I suddetti termini saranno sospesi nel caso in cui le domande siano presentate nel primo trimestre di ogni anno, corredate da fatture emesse dopo il 1° gennaio di ogni anno solare di riferimento, in quanto in attesa del recepimento del finanziamento.

Data,

IL SOTTOSCRITTO