

Il/la sottoscritto/a _____

dipendente da¹ _____ con qualifica di _____

presso _____

CHIEDE

Ai sensi dell'art.7 del D.P.R. 31 luglio 1980, n.618, il rimborso delle spese per un importo di² _____ sostenute nel periodo dal ____/____/____ al ____/____/____ per le prestazioni sanitarie, di cui all'allegato elenco, fruite dal³ _____ nella localita' di _____

Dichiara in ordine alle prestazioni sanitarie di cui presente domanda che:

1. le relative spese non sono oggetto di rimborso da parte di Istituti di assicurazione;
2. che le prestazioni stesse non sono conseguenti ad infortunio, per il quale sia riconosciuta la responsabilita' di terzi.

Chiede inoltre che il rimborso venga effettuato:

- presso il proprio domicilio
- mediante accredito sul c/c bancario
- mediante accredito presso la Rappresentanza Consolare.

Data ____/____/____

Firma _____

Presentata alla Rappresentanza Consolare Di Istanbul in

Data ____/____/____

IL CAPO DELLA RAPPRESENTANZA

N.B. : Si ricorda che la domanda deve essere corredata dalla documentazione sanitaria, da cui si evidenzia chiaramente la *diagnosi* e la terapia della malattia, e delle fatture di spesa, in originale, debitamente quietanzate. In caso contrario non si potrà procedere all'istruttoria della pratica di rimborso.

¹ Per il pensionato deve essere indicato l'R_Ente da cui corrisposta la pensione, la decorrenza della stessa, la categoria di appartenenza e precisata la data di partenza dall'Italia.

Per il borsista specificare l'Universita' o l'Ente che corrisponde la borsa di studio.

² Indicare di quale valuta trattasi.

³ Medesimo o familiare.