

Oggetto: Provvidenze a favore di soggetti sottoposti a terapia iperbarica L. R. N. 7/00. – Richiesta di rimborso delle spese sostenute. – assistito

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Via _____

tel. _____ Cod. Fisc. _____

cod. libretto sanitario _____ in qualità di:

- diretto/a interessato/a
- familiare dell'assistito/a _____ (indicare il grado di parentela)
- erede di _____

C H I E D E

Il rimborso delle spese sostenute per n. _____ sedute di ossigenoterapia iperbarica effettuate a _____ presso la Struttura di _____

Allo scopo allega la seguente documentazione:

- Prescrizione del medico specialista Dr. _____;
- Fattura n. _____
- _____

Dichiara che non ha ricevuto né riceverà altri rimborsi a tale titolo da Enti pubblici e privati.

