

**MINISTERO DELLA SALUTE**  
Direzione Generale per i Rapporti con  
L'Unione Europea e per i Rapporti  
Internazionali – UFFICIO VI  
Sezione distaccata presso MAE  
Piazzale Farnesina, 1  
**00144 ROMA**

Domanda inoltrata tramite la Rappresentanza Diplomatica o Ufficio Consolare di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dipendente da (1) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con qualifica di \_\_\_\_\_ in servizio presso  
\_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ chiede, ai sensi dell'art. 7  
del D.P.R. 31 luglio 1980, n. 618, il rimborso delle spese, per un importo di (2) \_\_\_\_\_ sostenute  
dal periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per le prestazioni sanitarie, di cui all'allegato elenco, fruite dal (3)  
\_\_\_\_\_ nella località di \_\_\_\_\_.

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

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

Chiede inoltre che il rimborso venga effettuato (barrare il punto che interessa):

- mediante accreditamento sul c/c bancario n. \_\_\_\_\_ della Banca \_\_\_\_\_ Cod.  
ABI \_\_\_\_\_ Cod. CAB \_\_\_\_\_
- presso il proprio domicilio;
- mediante accreditamento presso la rappresentanza Diplomatica o Consolare limitatamente al personale a  
contratto regolato a legge italiana in servizio presso le rappresentanze diplomatiche, gli uffici e gli istituti di  
culture all'estero.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- (1) I lavoratori dipendenti, sia del settore pubblico che del settore privato, devono specificare il datore di lavoro e  
l'amministrazione di appartenenza. I lavoratori autonomi devono fornire indicazione dei soggetti per i quali è  
svolta temporaneamente l'attività all'estero.  
Per il borsista specificare l'Università o l'Ente che corrisponde la borsa di studio
- (2) Indicare di quale valuta trattasi
- (3) Medesimo o familiare

---

N.B. Si ricorda che la domanda deve essere correlata 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.

---

Presentata alla Rappresentanza Diplomatica / Consolare di \_\_\_\_\_ in data  
\_\_\_\_\_

Il capo della Rappresentanza  
\_\_\_\_\_

---

(parte da restituire all'assistito a cura della Rappresentanza)

Il sig. \_\_\_\_\_ ha presentato domanda di rimborso, a termine dell'art. 7 del D.P.R.  
618/1980, in data \_\_\_\_\_ con n. \_\_\_\_\_ allegati di spesa in originale.

Timbro e firma