



**Regione Lazio
Assessorato Sanità**

Modello per la segnalazione del mancato riconoscimento del diritto all'assistenza in forma diretta (TEAM) nei Paesi della U.E, Stati SEE (Islanda, Norvegia, Liechtenstein) e Svizzera

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Via _____

regolarmente iscritto/a al SSR presso la ASL _____

numero e data scadenza TEAM (campi 8 e 9) _____

DICHIARA

- Di aver usufruito di prestazioni sanitarie urgenti/necessarie durante un soggiorno temporaneo nel Paese U.E./SEE/Svizzera di seguito indicato _____
Città _____ in data _____
- Di aver regolarmente presentato la propria tessera TEAM alla Struttura Sanitaria _____
_____ che ha erogato la prestazione;
- Di aver dovuto pagare per intero la prestazione fruita per il seguente motivo: _____

Allo scopo si allega la seguente documentazione:

- copia del documento di riconoscimento
- copia tessera TEAM
- copia delle fatture

(Data)

(Firma del dichiarante)

Il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Digs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"), al fine dell'attivazione da parte di questa Azienda Sanitaria Locale e/o dei competenti uffici della Regione Lazio dell'eventuale intervento dell'organismo di collegamento.

(Data)

(Firma del dichiarante)