



Spett.le ATS della Brianza  
viale Elvezia 2  
20900 Monza  
[protocollo@pec.ats-brianza.it](mailto:protocollo@pec.ats-brianza.it)

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESA SOSTENUTA IN REGIME DI SOLVENZA PER TAMPONE NASOFARINGEO PER LA RICERCA DELL'RNA VIRALE ESEGUITO DOPO UN TEST SIEROLOGICO CON ESITO POSITIVO. DELIBERA ATS BRIANZA N. 799 DEL 28.12.202**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_), il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (CAP) \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
riferimenti telefonici: \_\_\_\_\_, e.mail \_\_\_\_\_  
in qualità di:  interessato  genitore/altro familiare/tutore  erede o delegato

RICHIAMATI i contenuti delle DGR n. XI/3326 del 30/06/2020 e n. XI/3530 del 05/08/2020,

**CHIEDE**

il rimborso delle spese sanitarie sostenute in regime di solvenza, pari ad € \_\_\_\_\_, per l'esecuzione del tampone nasofaringeo per la ricerca dell'RNA virale fruito in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (non successiva al 30/06/2020), effettuato a seguito di risultato positivo dell'esame sierologico per la ricerca anticorpi anti SARS-COV-2, anch'esso fruito in regime di solvenza, fino ad un massimo della tariffa riconosciuta dal SSN di € 62,89 e correlato prelievo microbiologico di euro 2,90 per un totale complessivo di € 65,79,

- per se stesso/a;
- per il/la minore o per il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_), il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (CAP) \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
riferimenti telefonici: \_\_\_\_\_, e.mail \_\_\_\_\_

A tal fine allega, pena la non ammissibilità della richiesta, la documentazione di seguito riportata:

- copia documento di identità e del codice fiscale di chi sottoscrive la richiesta;
- copia del referto test sierologico positivo;
- copia della fattura/quietanza di pagamento relativa al tampone nasofaringeo e del sierologico;

**DICHIARA**

- di essere stato residente/assistito in Lombardia al momento della fruizione del tampone nasofaringeo;
- di **non** aver già presentato analoga domanda precedentemente alla presente richiesta;
- di **non** aver richiesto/ottenuto rimborso per la prestazione di tampone nasofaringeo da altri soggetti (assicurazioni, datore lavoro, ecc.);
- di assumersi la responsabilità di adeguare l'importo delle spese sanitarie detraibili dalla dichiarazione dei redditi tenuto conto dell'eventuale rimborso riconosciuto;
- il seguente codice IBAN per l'eventuale rimborso: I T \_\_\_\_\_, intestato a \_\_\_\_\_
- di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e/o di dichiarazioni mendaci, saranno soggetti alle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, secondo quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché alla revoca del beneficio eventualmente conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. n. 445/2000.

**IL/LA DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma estesa e leggibile)