

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL Reg. UE 2016/679:

'Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (art. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P. Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

(1) Ove la data della domanda fosse posteriore di oltre tre mesi alla data di effettuazione della relativa spesa, dovrà essere motivato il ritardo nella presentazione della richiesta di rimborso.

Motivazione del ritardo:

Data _____ Firma (per esteso) _____

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. Data

Il dipendente addetto

PARERE DEL SANITARIO

- Tenuto conto di quanto dichiarato dall'assistito nella domanda di rimborso spese per prestazioni sanitarie usufruite in uno degli Stati membri dell'Unione Europea, SEE, Svizzera e Regno Unito
- Ritenuto che l'assistito non si è recato all'estero con lo scopo specifico di ricevere cure
- Esaminata la documentazione sanitaria, si esprime parere:

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE

sulle prestazioni sanitarie urgenti, indifferibili e/o medicalmente necessarie.

Data _____ Il Medico Responsabile _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo serve agli assistiti per richiedere il rimborso della spesa sostenuta per prestazioni sanitarie fruite durante un temporaneo soggiorno in uno degli Stati membri dell'Unione Europea, SEE, Svizzera e Regno Unito.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

La dichiarazione è resa dall'interessato o, in alternativa, dai soggetti sotto indicati:

- genitore esercente la potestà
- tutore
- interessato con assistenza del curatore
- coniuge, figlio o altro parente in linea diretta fino al 3° grado per impedimento temporaneo per motivi di salute

MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo può essere:

- a) Consegnato allo Sportello centrale o periferico multifunzionale e sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritto e presentato unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art 38, comma 3 DPR 445/2000)
- b) firmato e spedito per posta, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it, allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore
- c) firmato digitalmente dal sottoscrittore e trasmesso all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it

Avvertenze

- Nel caso in cui vengano scelte le modalità di consegna indicate ai punti b) e c) la richiesta non verrà presa in carico fino a quando non pervengano all'ufficio competente le fatture/ricevute in originale.
- Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- Copia della documentazione sanitaria
- **Fatture e/o ricevute in originale** quietanzate o corredate da ricevute di pagamento rilasciate da strutture sanitarie per spese sostenute per prestazioni fruite durante un temporaneo soggiorno all'estero.
- Per prestazioni farmacologiche allegare copia della prescrizione medica e fustelle/scatole dei farmaci
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà e di certificazione (MODBILC006 PF) <https://www.aslcn1.it/lazienda/azienda-sanitaria/strutture-in-line-alla-direzione-amministrativa/bilancio-e-contabilita>

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

L'eventuale rimborso della spesa sostenuta per prestazioni sanitarie fruite durante un temporaneo soggiorno in uno degli Stati membri dell'Unione Europea, SEE, Svizzera e Regno Unito, autorizzato dal Medico Responsabile del Distretto territorialmente competente, verrà effettuato dopo che sarà pervenuta risposta dalla Istituzione estera competente.

TEMPO DI RISPOSTA

60 gg. dal ricevimento della tariffazione da parte della Istituzione estera - Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito www.aslcn1.it

RIFERIMENTI

Distretti	https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/servizi-territoriali-distrettuali/assistenza-sanitaria-e-cure-allestero
------------------	---