

## RICHIESTA RIMBORSO SPESE IN DEROGA PER CURE ALL'ESTERO

Il sottoscritto/a (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Stato di nascita \_\_\_\_\_  
nazionalità \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### In qualità di:

- diretto interessato
- familiare  altro (specificare) \_\_\_\_\_  
di: (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
grado di parentela (specificare) \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residenza (se diversa) \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

### In relazione alle spese sanitarie sostenute per:

- prestazioni ambulatoriali \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_
- ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_

## CHIEDE

- per sé
- per il familiare: cognome e nome \_\_\_\_\_

### Il rimborso, ai sensi di legge:

- delle spese rimaste a proprio carico (spese mediche e trasporto)
- delle spese rimaste a proprio carico per la Neuroriabilitazione (spese mediche, vitto, alloggio, trasporto)

con accredito tramite bonifico su c/c bancario come da Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà e di certificazione (MOD<sub>BILC</sub>006 PF) allegata alla presente.

### Allega i seguenti documenti:

- certificazione del reddito familiare
- autocertificazione della composizione del nucleo familiare.

#### 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 (artt. 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](mailto: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)

Data \_\_\_\_\_ Firma (per esteso) \_\_\_\_\_

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. .... Data .....

Il dipendente addetto .....

## **INFORMAZIONI**

### **A COSA SERVE IL MODULO**

Il presente modulo serve agli assistiti per richiedere il rimborso spese in deroga per cure sanitarie all'estero, nei casi contemplati dalla normativa vigente.

### **CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

Il modulo di richiesta è compilato 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](mailto: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](mailto: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**

- certificazione del reddito familiare
- autocertificazione della composizione del nucleo familiare (modulo Autocertificazione MOD<sub>DAD</sub>103\_Dichiarazione\_sostitutiva\_di\_certificazione\_atto\_di\_notorietà) <https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/distretti-sanitari/isciversi-al-sistema-sanitario-nazionale>
- documentazione in originale riguardante le spese rimaste a proprio carico (spese mediche e trasporto)
- documentazione in originale riguardante le spese rimaste a proprio carico per la Neuroriabilitazione (spese mediche, vitto, alloggio, trasporto)
- 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 spese in deroga per cure sanitarie all'estero, nei casi contemplati dalla normativa vigente, verrà effettuato dopo che sarà pervenuta risposta dalla Commissione istituita presso la Regione Piemonte.

### **TEMPO DI RISPOSTA:**

60 gg. da ricevimento del parere sulle spese rimborsabili da parte della Commissione istituita presso la Regione Piemonte - Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito [www.aslcn1.it](http://www.aslcn1.it)

### **RIFERIMENTI**

<b>Distretti</b>	<a href="https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/servizi-territoriali-distrettuali/assistenza-sanitaria-e-cure-allestero">https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/servizi-territoriali-distrettuali/assistenza-sanitaria-e-cure-allestero</a>
------------------	---