

**RICHIESTA RIMBORSO SPESE PER CURE ALL'ESTERO IN FORMA DIRETTA E INDIRECTA  
PRESSO CENTRI DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE EROGANTI PRESTAZIONI DI  
NEURORIABILITAZIONE**

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 sostenute (spese mediche, vitto, alloggio, trasporto) con accredito tramite bonifico su c/c bancario come da Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà e di certificazione (MODBILc006 PF) allegata alla presente.**

**Allega i seguenti documenti:**

- copia cartella clinica tradotta
- dichiarazione del Centro estero in caso di ospedalizzazione della necessità di un accompagnatore per la degenza
- dichiarazione del Centro estero:
  - di assoluta inesistenza di soluzioni alberghiere e/o abitative collegate al Centro ospedaliero, oppure
  - attestante che l'albergo o la struttura ospitante sono collegate al Centro stesso
- certificazione rilasciata dalle locali rappresentanze diplomatiche o consolari italiane ai sensi del comma 5 art. 6 del D.M. 03.11.1989
- dichiarazione ISEE del nucleo familiare
- fatture/pezze giustificative riferite a spese mediche, di vitto, alloggio e viaggio in originale.

**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, ai sensi della normativa vigente, il rimborso spese per cure all'estero in forma diretta e indiretta presso centri di altissima specializzazione eroganti prestazioni di Neuroriabilitazione.

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

Il modulo di richiesta deve essere 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@aslc1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslc1.legalmailPA.it), allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore
- c) firmato digitalmente dal sottoscrittore e trasmesso all'indirizzo: [protocollo@aslc1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslc1.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 cartella clinica tradotta
- dichiarazione del Centro estero in caso di ospedalizzazione della necessità di un accompagnatore per la degenza
- dichiarazione del Centro estero di assoluta inesistenza di soluzioni alberghiere e/o abitative collegate al Centro ospedaliero, oppure dichiarazione del Centro estero attestante che l'albergo o la struttura ospitante sono collegate al Centro stesso
- certificazione rilasciata dalle locali rappresentanze diplomatiche o consolari italiane ai sensi del comma 5 art. 6 del D.M. 03.11.1989
- dichiarazione ISEE del nucleo familiare
- fatture/pezze giustificative riferite a spese mediche, spese per vitto, alloggio e viaggio in originale
  - Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà e di certificazione (MODBILC006 PF) <https://www.aslc1.it/lazienda/azienda-sanitaria/strutture-in-line-alla-direzione-amministrativa/bilancio-e-contabilita>

### **MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA**

L'eventuale rimborso spese, ai sensi della normativa vigente, per cure all'estero in forma diretta e indiretta presso centri di altissima specializzazione eroganti prestazioni di Neuroriabilitazione verrà versato dopo che sarà pervenuto il parere sulle spese rimborsabili da parte del Centro Regionale di Riferimento.

### **TEMPO DI RISPOSTA:**

60 gg. dal ricevimento del parere sulle spese rimborsabili da parte del Centro Regionale di Riferimento - Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito [www.aslc1.it](http://www.aslc1.it)

### **RIFERIMENTI /LINK**

<b>Distretti</b>	<a href="https://www.aslc1.it/assistenza-territoriale/servizi-territoriali-distrettuali/assistenza-sanitaria-e-cure-allesterio">https://www.aslc1.it/assistenza-territoriale/servizi-territoriali-distrettuali/assistenza-sanitaria-e-cure-allesterio</a>
------------------	---