

**RICHIESTA RIMBORSO ACQUISTO PARRUCCA****Il/la sottoscritto/a**

(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ stato di nascita \_\_\_\_\_

nazionalità \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono (fisso o mobile) \_\_\_\_\_ e-mail (facoltativa) \_\_\_\_\_

**in qualità di:**  diretta interessata  familiare  altro (specificare) \_\_\_\_\_**di:** (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ nata il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ grado di parentela (specificare) \_\_\_\_\_

residenza (se diversa) \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

in base alla normativa regionale vigente, il rimborso spese per l'acquisto di n. 1 parrucca.

Allega:

1. Dichiarazione predisposta dalla Struttura Oncologica in data \_\_\_\_\_
2. Fattura/ricevuta fiscale emessa da \_\_\_\_\_
3. Dichiarazione ISEE inferiore a € 38.000,00
4. Dichiarazione dati fiscali tracciabilità - MOD<sub>bilc</sub>004

**CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,****DICHIARA**

➤ di non avere usufruito di tale contributo negli anni precedenti

**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) \_\_\_\_\_

Visto, si autorizza:

\_\_\_\_\_  
(data)

Il Medico del Distretto

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

Il dipendente addetto .....

## **INFORMAZIONI**

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

Il presente modulo serve alle assistite che, in base alla normativa vigente, possono presentare domanda per il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto, motivato da richiesta specialistica, di parrucca necessaria a seguito della insorgenza di alopecia per trattamenti chemio/radioterapici.

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

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

- genitore esercente la potestà
- tutore
- interessata 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**

- se la richiesta viene fatta da una persona delegata è obbligatorio allegare delega scritta alla compilazione della presente richiesta e fotocopia del documento di identità in corso di validità del delegante
- Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione
- Nel caso in cui vengano scelte le modalità di consegna indicate ai punti b) e c) la richiesta non verrà presa in considerazione fino a quando non pervengano all'ufficio competente la documentazione in originale indicata nei punti sottostanti 1, 2, e 3.

### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

1. Dichiarazione predisposta dalla Struttura Oncologica
2. Fattura/ricevuta fiscale per acquisto della parrucca
3. Dichiarazione ISEE inferiore a € 38.000,00
4. Dichiarazione dati fiscali e tracciabilità - MOD<sub>bilc</sub>004 <https://www.aslcn1.it/lazienda/azienda-sanitaria/strutture-in-line-alla-direzione-amministrativa/bilancio-e-contabilita>

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

Il rimborso spese per l'acquisto della parrucca viene effettuato dalla S.C. Bilancio e Contabilità su autorizzazione del Distretto territorialmente competente solo dopo provvedimento regionale che autorizza per l'anno di riferimento il rimborso.

### **TEMPO DI RISPOSTA:**

60 GG. dal provvedimento regionale che autorizza per l'anno di riferimento il rimborso - 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/assistenza-integrativa">https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/assistenza-integrativa</a>
------------------	---