

**DOMANDA RIMBORSO ASSISTENZA INDIRECTA
PARTO A DOMICILIO****Il 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: diretto interessato familiare altro (specificare) _____

di:

(nome) _____ (cognome) _____ nata il _____
a _____ prov. _____ grado di parentela (specificare) _____
residenza (se diversa) _____ codice fiscale _____

CHIEDE

il rimborso per parto a domicilio secondo le tariffe disposte per l'anno in corso dalla Giunta Regionale per parto a domicilio in regime di assistenza indiretta.

A tale scopo allega, in originale, i seguenti documenti:

- 1) certificato di assistenza al parto
- 2) scheda dell'ostetrica completa in tutte le sue parti
- 3) scheda informativa sul parto
- 4) scheda analitica di spesa in conformità delle norme fiscali
- 5) dichiarazione dati fiscali tracciabilità - MOD_{bilc}004

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

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) _____

AUTORIZZAZIONE

Si autorizza il rimborso per parto domiciliare in forma indiretta nella quota determinata dalla Giunta Regionale per l'anno in corso.

Data _____ IL MEDICO DEL DISTRETTO _____
Dott. _____

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, sono state autorizzate nella loro richiesta di espletare il parto a domicilio; esse hanno diritto ad un contributo, secondo le tariffe disposte per l'anno in corso dalla Giunta Regionale, per parto a domicilio in regime di assistenza indiretta.

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@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

Avvertenze

- Alla richiesta inviata con le modalità indicate al punto b) deve essere allegata fotocopia di documento di identità in corso di validità del richiedente
- 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 pervenga all'ufficio competente la documentazione in originale indicata nei sottostanti punti 1, 2, 3 e 4.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1. certificato di assistenza al parto
2. scheda dell'ostetrica completa in tutte le sue parti
3. scheda informativa sul parto
4. scheda analitica di spesa in conformità delle norme fiscali
5. dichiarazione dati fiscali e tracciabilità - MOD_{bilc}004 <https://www.aslc1.it/lazienda/azienda-sanitaria/strutture-in-line-alla-direzione-amministrativa/bilancio-e-contabilita>

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

Il contributo, secondo le tariffe disposte per l'anno in corso dalla Regione, per parto a domicilio in regime di assistenza indiretta viene effettuato dalla S.C. Bilancio e Contabilità su autorizzazione del Distretto territorialmente competente.

TEMPO DI RISPOSTA:

30 gg. - Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito www.aslc1.it

RIFERIMENTI

Distretti	https://www.aslc1.it/assistenza-territoriale/assistenza-integrativa
------------------	---