

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE PER OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA

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) _____ nato/a il _____
 a _____ prov. _____ grado di parentela (specificare) _____
 residenza (se diversa) _____ codice fiscale _____

CHIEDE

In base alla D.G.R. n. 80 - 5989 del 07.05.2002, il rimborso spese per:

- **n. _____ sedute di ossigenoterapia iperbarica.**

Allega:

1. scheda trattamento paziente rilasciata da _____
2. fattura emessa da _____
3. richiesta dello Specialista di _____ Dott. _____

Si richiede che il rimborso sia effettuato con accredito tramite bonifico su c/c bancario intestato a

<u>COD. IBAN</u>	<u>DENOMINAZIONE BANCA</u>

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e art. 13 del Reg. UE 2016/679:

‘Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del 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)

data _____ firma (per esteso) _____

Rimborso di Euro: _____ _____ (data)	Il Funzionario amministrativo _____
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 agli assistiti che, in base alla normativa vigente, possono usufruire di rimborso spese per sedute di ossigenoterapia iperbarica, nella misura prevista dalla normativa stessa.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il modulo di domanda 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, telefax, 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

*(*nel caso in cui l'utente scelta la modalità di consegna di cui al punto a) l'operatore di Sportello procederà alla rilevazione del n. di carta d'identità compilando la parte: "Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. Data Il dipendente addetto").*

Avvertenze

- 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 successivi punti 1, 2 e 3.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1. scheda trattamento paziente rilasciata dalla Struttura
2. fattura emessa dalla Struttura
3. richiesta dello Specialista

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

Il rimborso spese per sedute di ossigenoterapia iperbarica, nella misura prevista dalla normativa vigente, 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.aslcn1.it

RIFERIMENTI

Distretti	http://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/assistenza-integrativa/
------------------	---