

**RICHIESTA DI RIMBORSO FORFETTARIO PER SPESE TELEFONICHE E DI ENERGIA ELETTRICA PER I SOGGETTI IN DIALISI DOMICILIARE, AI SENSI DELLA D.G.R. N. 80-5989 DEL 07.05.2002**

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

Tessera sanitaria n. \_\_\_\_\_

in trattamento CAPD (dialisi peritoneale continua ambulatoriale)

**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 forfettario annuale per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

Allega alla presente:

- la dichiarazione del Centro Dialisi attestante l'inizio del trattamento dialitico domiciliare
- dichiarazione dati fiscali tracciabilità - MOD<sub>bilc</sub>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 (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](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 in trattamento CAPD (Dialisi Peritoneale Continua Ambulatoriale) che, in base alla normativa vigente, possono presentare domanda per il rimborso forfettario delle spese telefoniche e di energia elettrica.

### **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, 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**

- 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 nel punto sottostante.

### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- Dichiarazione del Centro Dialisi attestante l'inizio del trattamento dialitico domiciliare
- Dichiarazione dati fiscali e tracciabilità - MOD<sub>bilc</sub>004 <https://www.aslc1.it/lazienda/azienda-sanitaria/strutture-in-line-alla-direzione-amministrativa/bilancio-e-contabilita>

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

Il rimborso forfettario delle spese telefoniche e di energia elettrica agli assistiti in trattamento CAPD viene effettuato dalla S.C. Bilancio e Contabilità.

### **TEMPO DI RISPOSTA:**

90 gg. - Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito [www.aslc1.it](http://www.aslc1.it)

### **RIFERIMENTI**

<b>Distretti</b>	<a href="https://www.aslc1.it/assistenza-territoriale/assistenza-integrativa">https://www.aslc1.it/assistenza-territoriale/assistenza-integrativa</a>
------------------	---