

RICHIESTA DI RIMBORSO VISITA OCCASIONALE**Il sottoscritto/a**

(nome) _____ (cognome) _____ nato/a il _____
a _____ prov. _____ stato di nascita _____ nazionalità _____
codice fiscale _____ residente a _____ Via _____ n. _____
CAP _____ telefono (fisso o mobile) _____ e-mail _____

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 _____ tessera sanitaria _____

essendo in possesso di uno dei seguenti requisiti previsti dalla normativa regionale:

- genitore di minore di età inferiore ad anni 6
- ultra65enne con reddito familiare fiscale lordo inferiore a € 36.151,98
- portatore di handicap il cui grado di invalidità è pari/superiore al 67% (allego verbale di invalidità)

CHIEDE

- per sé
- per il minore _____ nato a _____ il _____ codice fiscale _____

che gli venga rimborsata la visita generica/pediatrica ambulatoriale/domiciliare effettuata fuori dalla propria ASL per motivi dettati esclusivamente da necessità mediche inderogabili.

Si richiede inoltre che il rimborso sia effettuato con accredito su c/c bancario intestato a _____

Codice IBAN _____ Denominazione Banca _____

Allega fattura della visita effettuata.**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 del/la dichiarante (per esteso) _____

PARERE DEL SANITARIO

Vista la documentazione allegata: **si autorizza** **non si autorizza il rimborso**

➤ Motivazione **diniego autorizzazione:**

Data _____ Firma del Dirigente Medico 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 intendono richiedere il rimborso della visita generica/pediatrica ambulatoriale/domiciliare effettuata fuori dalla propria ASL per motivi dettati esclusivamente da necessità mediche inderogabili, essendo in possesso di uno dei requisiti previsti dalla normativa regionale.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

La richiesta è compilata 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:

- 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)
- firmato e spedito per posta, 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*
- firmato digitalmente dal sottoscrittore e trasmesso all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it*

Avvertenze

- Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione

DOCUMENTI DA ALLEGARE: Fattura della visita effettuata

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

Il rimborso della visita generica/pediatrica - ambulatoriale/domiciliare effettuata fuori dalla propria ASL per motivi dettati esclusivamente da necessità mediche inderogabili viene effettuato dalla S.C. Bilancio e Contabilità su autorizzazione del Distretto territorialmente competente.

TEMPO DI RISPOSTA:

90 gg. - Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito www.aslcn1.it

RIFERIMENTI

Distretti	https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/il-medico-di-famiglia https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/pediatra-di-libera-scelta
------------------	--