

**RICHIESTA ANTICIPO SPESE PER CURE ALL'ESTERO
IN FORMA INDIRECTA**

Il sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ Stato di nascita _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ Via _____ n. _____
telefono _____ e-mail _____

In qualità di:

diretto interessato
 familiare altro (specificare) _____
di: (nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
grado di parentela (specificare) _____ codice fiscale _____
residenza (se diversa) _____ Via _____ n. _____

CHIEDE

ai sensi di legge per le spese di cura presso il Centro estero _____
della città di _____ Paese _____
per il ricovero in forma indiretta autorizzato in data _____
 per sé
 per il familiare (cognome e nome) _____

l'erogazione dell'ANTICIPO, nella misura di legge, delle spese preventivate e che saranno a posteriori autorizzate
(spese preventivate € _____).

Si richiede che il versamento sia effettuato con accredito tramite bonifico su c/c bancario come da
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà e di certificazione (MOD_{BILC006} PF) allegata alla presente.

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

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 _____

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 per richiedere l'anticipo, nella misura di legge, delle spese preventivate per ricovero in forma indiretta presso un Centro di cura estero e che saranno a posteriori autorizzate.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il modulo di richiesta deve essere 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@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

Avvertenze

- Nel caso in cui vengano scelte le modalità di consegna indicate ai punti b) e c) la richiesta non verrà presa in carico fino a quando non pervengano all'ufficio competente le fatture/ricevute in originale.
- Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- Copia del preventivo di spesa redatta dalla Struttura che eroga la prestazione
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà e di certificazione (MODBILC006 PF) <https://www.aslcn1.it/lazienda/azienda-sanitaria/strutture-in-line-alla-direzione-amministrativa/bilancio-e-contabilita>

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

L'anticipo, nella misura di legge, delle spese preventivate per ricovero in forma indiretta presso un Centro di cura estero e che saranno a posteriori autorizzate verrà versato dopo che sarà pervenuto il parere sulle spese rimborsabili da parte del Centro Regionale di Riferimento.

TEMPO DI RISPOSTA

60 gg. da ricevimento del parere sulle spese rimborsabili da parte del Centro Regionale di riferimento - Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito www.aslcn1.it

RIFERIMENTI

Distretti	https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/servizi-territoriali-distrettuali/assistenza-sanitaria-e-cure-allestero
------------------	---