

RICHIESTA RIMBORSO SPESE IN DEROGA PER CURE ALL'ESTERO

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. _____

In relazione alle spese sanitarie sostenute per:

- prestazioni ambulatoriali _____ dal _____ al _____
presso _____
- ricovero dal _____ al _____
presso _____

CHIEDE

- per sé
- per il familiare: cognome e nome _____

Il rimborso, ai sensi di legge:

- delle spese rimaste a proprio carico (spese mediche e trasporto)
- delle spese rimaste a proprio carico per la Neuroriabilitazione (spese mediche, vitto, alloggio, trasporto)

con accredito tramite bonifico su c/c bancario come da Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà e di certificazione (MOD_{BILC}006 PF) allegata alla presente.

Allega i seguenti documenti:

- certificazione del reddito familiare
- autocertificazione della composizione del nucleo familiare.

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) _____

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 il rimborso spese in deroga per cure sanitarie all'estero, nei casi contemplati dalla normativa vigente.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il modulo di richiesta 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@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

- certificazione del reddito familiare
- autocertificazione della composizione del nucleo familiare (modulo Autocertificazione MOD_{DAD}103_Dichiarazione_sostitutiva_di_certificazione_atto_di_notorietà) <https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/distretti-sanitari/isciversi-al-sistema-sanitario-nazionale>
- documentazione in originale riguardante le spese rimaste a proprio carico (spese mediche e trasporto)
- documentazione in originale riguardante le spese rimaste a proprio carico per la Neuroriabilitazione (spese mediche, vitto, alloggio, trasporto)
- 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'eventuale rimborso spese in deroga per cure sanitarie all'estero, nei casi contemplati dalla normativa vigente, verrà effettuato dopo che sarà pervenuta risposta dalla Commissione istituita presso la Regione Piemonte.

TEMPO DI RISPOSTA:

60 gg. da ricevimento del parere sulle spese rimborsabili da parte della Commissione istituita presso la Regione Piemonte - 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
------------------	---