

**DICHIARAZIONE RIMBORSO PARTO A DOMICILIO**

Distretto \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Si dichiara che il Servizio Sanitario Nazionale, sulla base della documentazione agli atti

ha erogato con apposito mandato di pagamento,

la somma di: Euro \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_/00)

alla Sig.ra \_\_\_\_\_, nata il \_\_\_\_\_,

residente in \_\_\_\_\_ a titolo di rimborso della spesa regolarmente

documentata di Euro \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_/00) sostenuta per parto a domicilio

(deliberazione della Giunta Regionale \_\_\_\_\_).

Si rilascia la presente dichiarazione per gli usi consentiti dalla Legge, su richiesta dell'interessata.

\_\_\_\_\_

*Data*

IL FUNZIONARIO INCARICATO  
DISTRETTO \_\_\_\_\_

## **INFORMAZIONI**

### **A COSA SERVE IL MODULO**

Il presente modulo di dichiarazione viene rilasciato alle assistite che, in base alla normativa vigente, hanno diritto al rimborso delle spese sostenute per il parto a domicilio.

### **CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

La dichiarazione è resa dal funzionario incaricato del Distretto ASL CN1 territorialmente competente

### **MODALITÀ DI CONSEGNA DELLA DICHIARAZIONE**

La Dichiarazione può essere:

- ritirata di persona dal richiedente
- ritirato da persona delegata, che dovrà esibire delega scritta, proprio documento d'identità e fotocopia del documento di identità del delegante.

### **TEMPO DI RISPOSTA:**

30 gg a decorrere da quello di presentazione di tutta la documentazione.

### **RIFERIMENTI / LINK**

<b>Distretti</b>	<a href="https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/assistenza-integrativa">https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/assistenza-integrativa</a>
------------------	---