

RIMBORSO SPESE DI TRASPORTO PER TRATTAMENTO EMODIALITICO BI/TRI SETTIMANALE AI SENSI DGR DEL 07 MAGGIO 2002 N. 80-5989

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) _____ titolare Tessera Sanitaria n. _____
in trattamento emodialitico bi/tri settimanale presso _____

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

Ai sensi della D.G.R. del 07 maggio 2002 n. 80-5989

- il rimborso delle spese di trasporto da _____
all'Azienda _____
per un totale di Km _____ per ogni viaggio (A/R).

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

di utilizzare autovettura privata (tipo) _____ Targa _____ di sua proprietà.

Allega alla presente:

- il calendario delle dialisi effettuate nel/i mese/mesi di _____
_____ dell'anno _____.

Il trasporto è stato effettuato da _____

Si allega:

- dichiarazione del Centro di riferimento in cui si attesta la necessità dell'accompagnatore.
➤ dichiarazione dati fiscali tracciabilità - MOD_{bilc}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

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) _____

AUTORIZZAZIONE

Si autorizza il rimborso delle spese di viaggio.

Data _____

IL MEDICO DEL DISTRETTO _____

Dott. _____

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, in base alla normativa vigente, possono usufruire di rimborso spese, effettuate per trasporto a mezzo autoveicolo, a Centro Specialistico, per trattamento emodialitico bi/tri settimanale, nella misura prevista dalla normativa stessa.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

La dichiarazione è resa dall'interessato o, in alternativa, dai seguenti 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 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, 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

Avvertenze

- Alla richiesta inviata con le modalità indicate al punto b) deve essere allegata fotocopia di documento di identità in corso di validità del richiedente
- si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1. Calendario delle dialisi effettuate
2. Dichiarazione del Centro di riferimento in cui si attesta la necessità dell'accompagnatore (in caso di trasporto da parte di familiari/terzi)
3. Dichiarazione dati fiscali e tracciabilità - MOD_{bilc}004 <https://www.aslc1.it/lazienda/azienda-sanitaria/strutture-in-line-alla-direzione-amministrativa/bilancio-e-contabilita>

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

Il rimborso spese viene effettuato dalla S.C. Bilancio e Contabilità su autorizzazione del Distretto territorialmente competente.

TEMPO DI RISPOSTA:

60 gg. - Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito www.aslc1.it

RIFERIMENTI

Distretti	https://www.aslc1.it/assistenza-territoriale/assistenza-integrativa
------------------	---