

**Modello C**

**RICHIESTA RIMBORSO DELLE SPESE DI VIAGGIO E CONTRIBUTO DI  
SOGGIORNO PER PRESTAZIONI SANITARIE EFFETTUATE IN CONDIZIONI DI  
COMPROVATA GRAVITÀ ED URGENZA IN ASSENZA DI AUTORIZZAZIONE  
PREVENTIVA, AI SENSI DELL'ART. 13 (O 23) DELLA L.R. N. 26/1991**

PRATICA N. \_\_\_\_\_/ANNO \_\_\_\_\_

**Modalità di trasmissione:**

- **email:** [ricoveriextraregione@aslsassari.it](mailto:ricoveriextraregione@aslsassari.it);
- **pec:** [distretto.ss@pec.aslsassari.it](mailto:distretto.ss@pec.aslsassari.it)
- **consegna a mano presso l'Ufficio Sportello al Pubblico Ricoveri Extra Regione, Via Tempio n.5, Piano Terra - Sassari (Lun. 9.00/13.00 – Gio. 9.00/12.30 e 15.00/16.30)**

II/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti; consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento rilasciato dall'Azienda, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto di tutte le dichiarazioni rese con la presente istanza sotto la propria responsabilità,

**dichiara**

di essere nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
di essere residente a \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
di essere domiciliato/a \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
telefono \_\_\_\_\_, e-mail e/o PEC \_\_\_\_\_

con la presente,

**CHIEDE**☐ **per sé stesso**    ☐ **in qualità di (specificare parentela) \_\_\_\_\_ per il paziente:**

**Assistito** \_\_\_\_\_ **Cod. Fisc.** \_\_\_\_\_,  
**nato/a** \_\_\_\_\_, **il** \_\_\_\_\_ **residente a** \_\_\_\_\_,  
**in Via** \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_ **recapito telefonico** \_\_\_\_\_

**Il rimborso delle spese di viaggio ed il contributo di soggiorno per prestazioni sanitarie effettuate in condizioni di comprovata gravità ed urgenza in ASSENZA DI AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA, ai sensi dell'art. 13 (o 23) della L. R. n. 26 del 23 luglio 1991, usufruite presso:**

La Struttura extraregione	
Ricovero	Dal _____ al _____
Day Hospital/Ambulatorio	I giorni _____

**A tal fine, si allega:**

- ☐ Certificazione predisposta da un medico specialista della branca interessata attestante le condizioni di necessità ed urgenza che hanno impedito la presentazione della richiesta di autorizzazione preventiva e, qualora si tratti di una prima istanza, attestante in maniera chiara la prestazione sanitaria, la diagnosi o il sospetto diagnostico, il quadro clinico, la struttura extraregione e qualunque altra informazione che possa essere utile per la valutazione del caso. Deve inoltre essere necessariamente certificato che la prestazione richiesta NON fosse eseguibile adeguatamente e/o tempestivamente presso le strutture sanitarie regionali, nonché l'eventuale necessità di uno o due accompagnatori.
- ☐ Certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria attestante le prestazioni eseguite in regime di *Day Hospital o Ambulatoriale*;
- ☐ Certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria attestante le prestazioni eseguite durante la degenza in *ricovero ordinario* con indicazione delle date di inizio ricovero e di dimissione;
- ☐ Dichiarazione rilasciata dalla Struttura Ospedaliera attestante la presenza dell'accompagnatore o degli accompagnatori, se autorizzati, durante le giornate nelle quali si sono svolte le prestazioni sanitarie; in caso di ricovero ordinario, la medesima attestazione deve indicare la fruizione o meno del pernottamento e/o del vitto a carico del SSN da parte dell'accompagnatore (o di uno dei due);
- ☐ Biglietti di viaggio e carte d'imbarco accompagnati da ricevuta fiscale della compagnia aerea/navale di riferimento o relativa ricevuta rilasciata dall'agenzia di viaggio valida ai fini fiscali;
- ☐ Spese sostenute per il trasporto, con mezzi pubblici (bus, treno) o con altri mezzi di trasporto; in quest'ultimo caso solo qualora espressamente autorizzati;
- ☐ Se l'assistito è maggiorenne e si richiede il pagamento in favore di persona diversa, occorre allegare la delega per il pagamento a firma dell'assistito;
- ☐ Eventuale ulteriore documentazione utile ai fini del rimborso (*specificare quale*):

Il sottoscritto chiede che la somma dovuta sia erogata a favore di:

- ☐ Se medesimo
- ☐ Altro beneficiario sotto indicato (a seguito di delega):

cognome \_\_\_\_\_, nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, Cod. Fisc \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel/Cell. \_\_\_\_\_ e-mail/Pec \_\_\_\_\_

e accreditata mediante una delle seguenti modalità:

- ☐ Quietanza propria (solo ed esclusivamente se l'importo è al di sotto di €.1000,00),
- ☐ Assegno circolare,
- ☐ Accredito sul conto corrente o carta idonea all'accreditamento munita di codice IBAN:  
Codice IBAN: \_\_\_\_\_,  
Banca: \_\_\_\_\_,  
Intestatario del conto: \_\_\_\_\_,

**Riepilogo documentazione viaggio** (da compilare a cura dell'utente)

<b>Assistito</b>		
<input type="checkbox"/> Aereo	Andata: da ..... a .....	Data: ...../...../ <b>20</b> .....
<input type="checkbox"/> Nave	Ritorno: da ..... a.....	Data: ...../...../ <b>20</b> .....
<b>1° Accompagnatore</b>		
<input type="checkbox"/> Aereo	Andata: da ..... a .....	Data: ...../...../ <b>20</b> .....
<input type="checkbox"/> Nave	Ritorno: da ..... a.....	Data: ...../...../ <b>20</b> .....
<input type="checkbox"/>		
<b>2° Accompagnatore</b>		
<input type="checkbox"/> Aereo	Andata: da ..... a .....	Data: ...../...../ <b>20</b> .....
<input type="checkbox"/> Nave	Ritorno: da ..... a.....	Data: ...../...../ <b>20</b> .....

Treno	N° ..... biglietti €.....
Bus / Navetta	N° ..... biglietti €.....

Il/la sottoscritto/a chiede che tutte le comunicazioni inerenti la presente procedura, vengano trasmesse esclusivamente con una delle seguenti modalità (*barrare l'opzione di scelta*):

- ☐ presso la propria residenza, indicata nella presente istanza;
- ☐ presso il proprio domicilio, indicato nella presente istanza;
- ☐ al seguente indirizzo di posta elettronica personale (*non saranno accettate richieste trasmesse da indirizzi di posta elettronica diversi da quello personale indicato*): .....
- ☐ al seguente indirizzo PEC personale (*non saranno accettate richieste trasmesse da indirizzi di posta elettronica PEC diversi da quello personale indicato*): .....

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì:

- ☐ di essere a conoscenza che il rilascio della concessione dei benefici sopra indicati è soggetto alla verifica dei requisiti previsti dalla L.R. n. 26/1991 e ss.mm.ii;
- ☐ di prestare il consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi di quanto previsto dall'art.13 del Reg. UE 2016/679 (per brevità, GDPR), nonché del D.lgs. n.196/2003 come integrato e modificato dal D.lgs. n.101/2018.

Il/la sottoscritto/a dichiara di prestare il consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi di quanto previsto dall'art.13 del Reg. UE 2016/679 (per brevità, GDPR), nonché del D.lgs. n.196/2003 come integrato e modificato dal D.lgs. n.101/2018.

**NOTA BENE:**

- Saranno prese in considerazione per le finalità di rimborso solo ed esclusivamente le ricevute di pagamento inerenti quanto autorizzato. Pertanto, ogni altra spesa sostenuta al di fuori di quanto autorizzato non verrà rimborsata.**
- Al fine di consentire l'esame della richiesta e lo svolgimento delle procedure necessarie per l'erogazione del contributo, la presente modulistica va compilata in modo completo e leggibile, priva di alterazioni e modifiche di alcun genere. Si raccomanda in particolare di allegare TUTTA la documentazione necessaria per procedere alle fasi di conteggio e liquidazione, senza la quale la richiesta di rimborso non può intendersi regolarmente presentata, anche ai fini dei termini per il pagamento del contributo.**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Leggibile per esteso

**MODULO DA UTILIZZARE IN CASO DI DELEGA PER IL RICEVIMENTO DEL RIMBORSO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
con riferimento alla pratica di rimborso inoltrata a Codesto Ufficio Ricoveri Extraregione per prestazioni  
effettuate in data \_\_\_\_\_  
presso la seguente Struttura Sanitaria \_\_\_\_\_

**Delega**

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
ad incassare le somme per spese di viaggio sostenute e il contributo di soggiorno per prestazioni sanitarie  
autorizzate per il periodo sopra indicato con la seguente modalità:

Accredito sul conto corrente o carta idonea all'accreditamento munita di codice IBAN:

Codice IBAN: \_\_\_\_\_,

Banca: \_\_\_\_\_,

Intestatario del conto: \_\_\_\_\_,

Si allega:

Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del delegante.

Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del delegato.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma Leggibile per esteso*