

Modello A**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER PRESTAZIONI SANITARIE L.R. N° 26/1991**

PRATICA N. _____ ANNO _____ (da compilare a cura dell'Ufficio preposto)

Modalità di trasmissione:

- **email:** ricoveriextraregione@aslsassari.it;
- **pec:** 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)**

☐ 1° Richiesta di Autorizzazione ☐ Richiesta di Autorizzazione per continuità terapeutica

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. _____, di essere iscritto/a
negli elenchi delle Aziende Sanitarie Regionali (indicare quale) _____, telefono
_____, e-mail e/o PEC _____, e, con la presente,

CHIEDE☐ per sé stesso ☐ in qualità di (specificare rapporto/parentela) _____ per il paziente:

cognome _____ nome _____
Cod. Fisc. _____, nato/a _____, il _____
residente a _____, in Via _____ n. _____,
telefono _____, di essere iscritto/a negli elenchi delle Aziende Sanitarie Regionali
(indicare quale) _____,

**Il rilascio dell'AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA ex art. 10 della L.R. 26/91 a fruire dei benefici economici (rimborso
spese di viaggio e contributo di soggiorno) per prestazioni sanitarie da effettuare:**

presso la struttura sanitaria ubicata in territorio ☐ Nazionale ☐ Estero

Nome Struttura	
Luogo	
Periodo	dal _____ al _____

Si allega alla presente:

☐ proposta sanitaria attestante la necessità della prestazione, predisposta da un medico specialista della branca interessata in cui sia specificata, 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** è eseguibile adeguatamente e/o tempestivamente in Sardegna, nonché l'eventuale necessità di uno o due accompagnatori.

Nota Bene: In caso di continuità terapeutica allegare ultima relazione sanitaria con la previsione della prestazione sanitaria da effettuare e/o appuntamento con indicazione della prestazione da eseguire o altro certificato specialistico indicante la prestazione da eseguire e l'eventuale necessità di accompagnamento.

- ☐ copia del documento di riconoscimento e della tessera sanitaria dell'assistito in corso di validità;
- ☐ copia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità (se diverso dall'assistito):
- se l'assistito è rappresentato da tutore o amministratore di sostegno nominato dal tribunale, allegare Decreto di nomina del giudice;
 - se il richiedente è persona diversa dall'assistito maggiorenne, allegare copia della delega;
- ☐ copia del documento d'identità dei genitori o tutore/amministratore di sostegno se l'assistito è minorenne o diversamente abile;
- ☐ ulteriore documentazione utile per il rilascio dell'autorizzazione, specificare quale:
- _____
- _____
- _____

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.

NOTA BENE: Al fine di consentire l'esame della richiesta e lo svolgimento del conseguente procedimento amministrativo, la presente modulistica va compilata in modo completo e leggibile, priva di alterazioni e modifiche di alcun genere.

Data _____

Firma Leggibile per esteso

**MODULO DA UTILIZZARE IN CASO DI DELEGA PER RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER
PRESTAZIONI SANITARIE LEGGE N°26/91**

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____

il _____ residente a _____ via _____ n° _____

Delega

Il Sig./la Sig.ra _____ nato/a _____

il _____ residente a _____ Via _____ n° _____

C.F.: _____

a presentare la richiesta di autorizzazione per la concessione di contributi regionali di solidarietà per prestazioni sanitarie, ai sensi della Legge Regionale n. 26 del 23.07.1991.

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

CHIEDE

a **Codesta Struttura Ospedaliera** di voler fornire le informazioni in esso indicate e di farle pervenire alla scrivente ASL con una delle seguenti modalità:

- consegna per il tramite del paziente
- inoltro all'indirizzo di PEC: distretto.ss@pec.aslsassari.it
- inoltro all'indirizzo e-mail: ricoveriextraregione@aslsassari.it

TIMBRO DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA

Si certifica che l'assistito, Sig./Sig.ra _____

☐ È stato ricoverato, nel reparto di _____
dal _____ al _____

☐ È stato assistito in ☐ day hospital ☐ ambulatorialmente
nei seguenti giorni: _____

☐ Si precisa che il/la paziente è stato accompagnato
dal Sig./Sig.ra: _____
dal Sig./Sig.ra: _____

In caso di RICOVERO:

Si certifica, altresì, che l'accompagnatore (ovvero, uno dei due accompagnatori):

- ☐ **Ha** fruito del trattamento ospedaliero ☐ completo (pernottamento e pasti presso il presidio ospedaliero)
(oppure) ☐ con pagamento dei pasti (pernottamento in ospedale senza fornitura di pasti)
- ☐ **Non** ha fruito del trattamento ospedaliero (pernottamento esterno e pagamento in proprio dei pasti).

Il paziente necessita di **CONTINUITA' TERAPEUTICA** presso la nostra struttura ☐ SI, ☐ NO
se SI, specificare le motivazioni ed il follow-up (tempo e cadenza).

_____li_____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

La presente dichiarazione **non sostituisce la certificazione sanitaria** attestante le prestazioni erogate e i relativi periodi e che deve essere ugualmente rilasciata.

N.B.: La presente dichiarazione è indispensabile alla ASL di Sassari per verificare la sussistenza delle condizioni stabilite dalla Legge Regionale n° 26/1991 della Regione Autonoma della Sardegna per poter erogare all'accompagnatore del paziente il contributo forfettario di soggiorno disciplinato dalla medesima Legge.

N.B. Barrare le caselle che interessano

Modello B**RICHIESTA RIMBORSO PER PRESTAZIONI SANITARIE L.R. N° 26/1991**

PRATICA N. _____/ANNO _____ PROTOCOLLO N.° _____ DEL _____

AUTORIZZAZIONE N° _____ DEL _____ (da compilare a cura dell'Ufficio preposto)

Modalità di trasmissione:

- email: ricoveriextraregione@aslsassari.it;
- pec: 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)

Il/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 _____, il _____, di essere residente a _____, in Via _____ n. _____, di essere domiciliato/a _____, in Via _____ n. _____, di essere iscritto/a negli elenchi delle Aziende Sanitarie Regionali (indicare quale) _____, telefono _____, e-mail e/o PEC _____ e, con la presente,

Chiede☐ per sé stesso ☐ in qualità di (specificare parentela) _____ per il paziente:

cognome _____ nome _____
Cod. Fisc. _____, nato/a _____, il _____
residente a _____, in Via _____ n. _____,
telefono _____, di essere iscritto/a negli elenchi delle Aziende Sanitarie Regionali (indicare quale) _____,

Il rimborso delle spese di viaggio ed il contributo di soggiorno per prestazioni sanitarie preventivamente autorizzate, ai sensi della L. R. n. 26 del 23 luglio 1991, usufruite presso:

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

UFFICIO RICOVERI EXTRA REGIONE**A tal fine, si allega:**

- ☐ Autorizzazione preventiva riferita alla prestazione per la quale si chiede il rimborso;
 - ☐ 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 € 1.000,00),
- ☐ Assegno circolare (solo ed esclusivamente se l'importo è al di sotto di € 1.000,00),
- ☐ 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)

Assistito								
<input type="checkbox"/> Aereo	Andata: da a	Data:/...../ 20						
<input type="checkbox"/> Nave	Ritorno: da a	Data:/...../ 20						
1° Accompagnatore								
<input type="checkbox"/> Aereo	Andata: da a	Data:/...../ 20						
<input type="checkbox"/> Nave	Ritorno: da a	Data:/...../ 20						
<input type="checkbox"/>								
2° Accompagnatore								
<input type="checkbox"/> Aereo	Andata: da a	Data:/...../ 20						
<input type="checkbox"/> Nave	Ritorno: da a	Data:/...../ 20						
<table border="1"> <tr> <td>Treno</td> <td>N° biglietti</td> <td>€.....</td> </tr> <tr> <td>Bus / Navetta</td> <td>N° biglietti</td> <td>€.....</td> </tr> </table>			Treno	N° biglietti	€.....	Bus / Navetta	N° biglietti	€.....
Treno	N° biglietti	€.....						
Bus / Navetta	N° biglietti	€.....						

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.

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*):

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 _____, Cod. Fisc.: _____,

nato/a 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

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;
- **pec:** 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. _____, di essere iscritto/a
negli elenchi delle Aziende Sanitarie Regionali (indicare quale) _____, telefono
_____, e-mail e/o PEC _____ e, con la presente,

Chiede☐ **per sé stesso** ☐ **in qualità di (specificare parentela) _____ per il paziente:**

cognome _____ nome _____
Cod. Fisc. _____ nato/a _____, il _____
residente a _____, in Via _____ n. _____,
telefono _____, di essere iscritto/a negli elenchi delle Aziende Sanitarie Regionali (indicare
quale) _____,

**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 (solo ed esclusivamente se l'importo è al di sotto di € 1000,00),
- ☐ 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)

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

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

Modello A**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER PRESTAZIONI SANITARIE L.R. N° 26/1991****Modalità di trasmissione:**

- email: ricoveriextra.alghero@aslsassari.it;
- pec: distretto.alghero@pec.aslsassari.it
- consegna a mano presso l'Ufficio Ricoveri Extra Regione, Alghero - Via degli Orti, 93, Piano 4° (dal Lunedì al Venerdì, dalle 9,00 alle 12,00)

☐ 1° Richiesta di Autorizzazione ☐ Richiesta di Autorizzazione per continuità terapeutica

Il/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 _____,
di essere iscritto/a negli elenchi delle Aziende Sanitarie Regionali (indicare quale) _____
con la presente,

CHIEDE

☐ per sé stesso ☐ in qualità di (specificare parentela) _____ per il paziente:

cognome _____ nome _____
Cod. Fisc. _____, nato/a _____, il _____
residente a _____, in Via _____ n. _____,
telefono _____, iscritto/a negli elenchi delle Aziende Sanitarie Regionali
(indicare quale) _____

Il rilascio dell'AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA ex art. 10 della L.R. 26/91 a fruire dei benefici economici (rimborso spese di viaggio e contributo di soggiorno) per prestazioni sanitarie da effettuare:

presso la struttura sanitaria ubicata in territorio ☐ Nazionale ☐ Estero

Nome Struttura	
Luogo	
Periodo	dal _____ al _____

Si allega alla presente:

☐ proposta sanitaria attestante la necessità della prestazione, predisposta da un medico specialista della branca interessata in cui sia specificata, 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** è eseguibile adeguatamente e/o tempestivamente in Sardegna, nonché l'eventuale necessità di uno o due accompagnatori.

Nota Bene: In caso di continuità terapeutica allegare ultima relazione sanitaria con la previsione della prestazione sanitaria da effettuare e/o appuntamento con indicazione della prestazione da eseguire o altro certificato specialistico indicante la prestazione da eseguire e l'eventuale necessità di accompagnamento.

☐ copia del documento di riconoscimento e della tessera sanitaria dell'assistito in corso di validità;

☐ copia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità (se diverso dall'assistito):

- se l'assistito è rappresentato da tutore o amministratore di sostegno nominato dal tribunale, allegare Decreto di nomina del giudice;

- se il richiedente è persona diversa dall'assistito maggiorenne, allegare copia della delega;

☐ copia del documento d'identità dei genitori o tutore/amministratore di sostegno se l'assistito è minorenne o diversamente abile;

☐ ulteriore documentazione utile per il rilascio dell'autorizzazione, specificare quale:

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.

NOTA BENE: Al fine di consentire l'esame della richiesta e lo svolgimento del conseguente procedimento amministrativo, la presente modulistica va compilata in modo completo e leggibile, priva di alterazioni e modifiche di alcun genere.

Data _____

Firma Leggibile per esteso

**MODULO DA UTILIZZARE IN CASO DI DELEGA PER RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER
PRESTAZIONI SANITARIE LEGGE N°26/91**

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____

il _____ residente a _____ via _____ n° _____

Delega

Il Sig./la Sig.ra _____ nato/a _____

il _____ residente a _____ Via _____ n° _____

C.F.: _____

a presentare la richiesta di autorizzazione per la concessione di contributi regionali di solidarietà per prestazioni sanitarie, ai sensi della Legge Regionale n. 26 del 23.07.1991.

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

CHIEDE

a **Codesta Struttura Ospedaliera** di voler fornire le informazioni in esso indicate e di farle pervenire alla scrivente ASL con una delle seguenti modalità:

- consegna per il tramite del paziente
- inoltro all'indirizzo di PEC: distretto.alghero@pec.aslsassari.it
- inoltro all'indirizzo e-mail: ricoveriextra.alghero@aslsassari.it

TIMBRO DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA

Si certifica che l'assistito, Sig./Sig.ra _____

☐ È stato ricoverato, nel reparto di _____
dal _____ al _____

☐ È stato assistito in ☐ day hospital ☐ ambulatorialmente
nei seguenti giorni: _____

☐ Si precisa che il/la paziente è stato accompagnato
dal Sig./Sig.ra: _____
dal Sig./Sig.ra: _____

In caso di RICOVERO:

Si certifica, altresì, che l'accompagnatore (ovvero, uno dei due accompagnatori):

- ☐ **Ha** fruito del trattamento ospedaliero ☐ completo (pernottamento e pasti presso il presidio ospedaliero)
(oppure) ☐ con pagamento dei pasti (pernottamento in ospedale senza fornitura di pasti)
- ☐ **Non** ha fruito del trattamento ospedaliero (pernottamento esterno e pagamento in proprio dei pasti).

Il paziente necessita di **CONTINUITA' TERAPEUTICA** presso la nostra struttura ☐ SI, ☐ NO
se SI, specificare le motivazioni ed il follow-up (tempo e cadenza).

_____li_____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

La presente dichiarazione **non sostituisce la certificazione sanitaria** attestante le prestazioni erogate e i relativi periodi e che deve essere ugualmente rilasciata.

N.B.: La presente dichiarazione è indispensabile alla ASL di Sassari per verificare la sussistenza delle condizioni stabilite dalla Legge Regionale n° 26/1991 della Regione Autonoma della Sardegna per poter erogare all'accompagnatore del paziente il contributo forfettario di soggiorno disciplinato dalla medesima Legge.

N.B. Barrare le caselle che interessano

Modello B**RICHIESTA RIMBORSO PER PRESTAZIONI SANITARIE L.R. N° 26/1991****Modalità di trasmissione:**

- **email:** ricoveriextra.alghero@aslsassari.it;
- **pec:** distretto.alghero@pec.aslsassari.it
consegna a mano presso l'Ufficio Ricoveri Extra Regione, Alghero - Via degli Orti, 93, Piano 4° (dal Lunedì al Venerdì, dalle 9,00 alle 12,00)

Il/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 _____, il _____,

di essere residente a _____, in Via _____ n. _____,

di essere domiciliato/a _____, in Via _____ n. _____,

telefono _____, e-mail e/o PEC _____,

di essere iscritto/a negli elenchi delle Aziende Sanitarie Regionali (indicare quale) _____

e con la presente

chiede☐ **per sé stesso** ☐ **in qualità di** (*specificare parentela*) _____ **per il paziente:**

cognome _____ **nome** _____
Cod. Fisc. _____, **nato/a** _____, **il** _____
residente a _____, **in Via** _____ **n.** _____,
telefono _____, **iscritto/a negli elenchi delle Aziende Sanitarie Regionali**
(indicare quale) _____

Il rimborso delle spese di viaggio ed il contributo di soggiorno per prestazioni sanitarie preventivamente autorizzate, ai sensi della L. R. n. 26 del 23 luglio 1991, usufruite presso:

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

UFFICIO RICOVERI EXTRA REGIONE**A tal fine, si allega:**

- ☐ Autorizzazione preventiva riferita alla prestazione per la quale si chiede il rimborso;
- ☐ 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 (solo ed esclusivamente se l'importo è al di sotto di €.1000,00),
- ☐ 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)

Assistito		
<input type="checkbox"/> Aereo	Andata: da a	Data:/...../ 20
<input type="checkbox"/> Nave	Ritorno: da a.....	Data:/...../ 20

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

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

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

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 alle pratiche di rimborso inoltrate a codesto Ufficio ai sensi della L.R. 26/91 per prestazioni sanitarie extra-regione

Delega

Il/la Sig./Sig.ra _____, Cod. Fisc.: _____,

nato/a a _____ il _____, residente a _____

Via _____ n° _____

ad incassare le somme per spese di viaggio sostenute e il contributo di soggiorno per prestazioni sanitarie autorizzate in ambito extraregionale, 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.

N.B.: La presente delega è da ritenersi valida fino a revoca scritta della stessa.

Data _____

Firma Leggibile per esteso

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**Modalità di trasmissione:**

- email: ricoveriextra.alghero@aslsassari.it;
- pec: distretto.alghero@pec.aslsassari.it
- consegna a mano presso l'Ufficio Ricoveri Extra Regione, Alghero - Via degli Orti, 93, Piano 4° (dal Lunedì al Venerdì, dalle 9,00 alle 12,00)

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 _____,
di essere iscritto/a negli elenchi delle Aziende Sanitarie Regionali (indicare quale) _____

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.** _____ **telefono** _____,
iscritto/a negli elenchi delle Aziende Sanitarie Regionali (indicare quale) _____

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)

Assistito						
<input type="checkbox"/> Aereo	Andata: da a	Data:/...../ 20				
<input type="checkbox"/> Nave	Ritorno: da a.....	Data:/...../ 20				
1° Accompagnatore						
<input type="checkbox"/> Aereo	Andata: da a	Data:/...../ 20				
<input type="checkbox"/> Nave	Ritorno: da a.....	Data:/...../ 20				
<input type="checkbox"/>						
2° Accompagnatore						
<input type="checkbox"/> Aereo	Andata: da a	Data:/...../ 20				
<input type="checkbox"/> Nave	Ritorno: da a.....	Data:/...../ 20				
<table border="1"> <tr> <td>Treno</td> <td>N° biglietti €.....</td> </tr> <tr> <td>Bus / Navetta</td> <td>N° biglietti €.....</td> </tr> </table>			Treno	N° biglietti €.....	Bus / Navetta	N° biglietti €.....
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 alle pratiche di rimborso inoltrate a codesto Ufficio ai sensi della L.R. 26/91 per prestazioni sanitarie extra-regione

Delega

Il/la Sig./Sig.ra _____, Cod. Fisc.: _____,

nato/a a _____ il _____, residente a _____

Via _____ n° _____

ad incassare le somme per spese di viaggio sostenute e il contributo di soggiorno per prestazioni sanitarie autorizzate in ambito extraregionale, 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.

N.B.: La presente delega è da ritenersi valida fino a revoca scritta della stessa.

Data _____

Firma Leggibile per esteso

Modello A**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER PRESTAZIONI SANITARIE L.R. N° 26/1991**

PRATICA N. _____ ANNO _____ (da compilare a cura dell'Ufficio preposto)

Modalità di trasmissione:

- email: uff.extraregione.ozieri@aslsassari.it
- pec: distretto.oz@pec.aslsassari.it
- consegna a mano presso l'Ufficio Ricoveri Extra Regione, Ozieri - Via Ospedale Civile, SNC, Uffici Amministrativi - Piano Primo

☐ 1° Richiesta di Autorizzazione ☐ Richiesta di Autorizzazione per continuità terapeutica

Il/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. _____, di essere iscritto/a
negli elenchi delle Aziende Sanitarie Regionali (indicare quale) _____,
telefono _____, e-mail e/o PEC _____, e, con la presente,

CHIEDE☐ per sé stesso ☐ in qualità di (specificare rapporto/parentela) _____ per il paziente:

cognome _____ nome _____
Cod. Fisc. _____, nato/a _____, il _____
residente a _____, in Via _____ n. _____,
telefono _____, di essere iscritto/a negli elenchi delle Aziende Sanitarie Regionali
(indicare quale) _____,

Il rilascio dell'AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA ex art. 10 della L.R. 26/91 a fruire dei benefici economici (rimborso spese di viaggio e contributo di soggiorno) per prestazioni sanitarie da effettuare:

presso la struttura sanitaria ubicata in territorio ☐ Nazionale ☐ Estero

Nome Struttura	
Luogo	
Periodo	dal _____ al _____

Si allega alla presente:

☐ proposta sanitaria attestante la necessità della prestazione, predisposta da un medico specialista della branca interessata in cui sia specificata, 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** è eseguibile adeguatamente e/o tempestivamente in Sardegna, nonché l'eventuale necessità di uno o due accompagnatori.

Nota Bene: In caso di continuità terapeutica allegare ultima relazione sanitaria con la previsione della prestazione sanitaria da effettuare e/o appuntamento con indicazione della prestazione da eseguire o altro certificato specialistico indicante la prestazione da eseguire e l'eventuale necessità di accompagnamento.

- ☐ copia del documento di riconoscimento e della tessera sanitaria dell'assistito in corso di validità;
- ☐ copia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità (se diverso dall'assistito):
- se l'assistito è rappresentato da tutore o amministratore di sostegno nominato dal tribunale, allegare Decreto di nomina del giudice;
- se il richiedente è persona diversa dall'assistito maggiorenne, allegare copia della delega;
- ☐ copia del documento d'identità dei genitori o tutore/amministratore di sostegno se l'assistito è minorenne o diversamente abile;
- ☐ ulteriore documentazione utile per il rilascio dell'autorizzazione, specificare quale:
- _____
- _____
- _____

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.

NOTA BENE: Al fine di consentire l'esame della richiesta e lo svolgimento del conseguente procedimento amministrativo, la presente modulistica va compilata in modo completo e leggibile, priva di alterazioni e modifiche di alcun genere.

Data _____

Firma Leggibile per esteso



**MODULO DA UTILIZZARE IN CASO DI DELEGA PER RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER
PRESTAZIONI SANITARIE LEGGE N°26/91**

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____

il _____ residente a _____ via _____ n° _____

Delega

Il Sig./la Sig.ra _____ nato/a _____

il _____ residente a _____ Via _____ n° _____

C.F.: _____

a presentare la richiesta di autorizzazione per la concessione di contributi regionali di solidarietà per prestazioni sanitarie, ai sensi della Legge Regionale n. 26 del 23.07.1991.

Si allega:

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

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

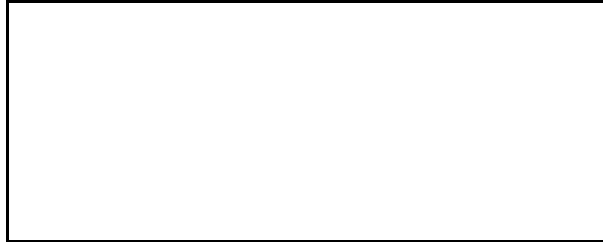
Data _____

Firma Leggibile per esteso

CHIEDE

a **Codesta Struttura Ospedaliera** di voler fornire le informazioni in esso indicate e di farle pervenire alla scrivente ASL con una delle seguenti modalità:

- consegna per il tramite del paziente
- inoltro all'indirizzo di PEC: distretto.oz@pec.aslsassari.it
- inoltro all'indirizzo e-mail: uff.extraregione.ozieri@aslsassari.it

TIMBRO DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA

Si certifica che l'assistito, Sig./Sig.ra _____

☐ È stato ricoverato, nel reparto di _____
dal _____ al _____

☐ È stato assistito in ☐ day hospital ☐ ambulatorialmente
nei seguenti giorni: _____

☐ Si precisa che il/la paziente è stato accompagnato
dal Sig./Sig.ra: _____
dal Sig./Sig.ra: _____

In caso di RICOVERO:

Si certifica, altresì, che l'accompagnatore (ovvero, uno dei due accompagnatori):

- ☐ **Ha** fruito del trattamento ospedaliero ☐ completo (pernottamento e pasti presso il presidio ospedaliero)
(oppure) ☐ con pagamento dei pasti (pernottamento in ospedale senza fornitura di pasti)
- ☐ **Non** ha fruito del trattamento ospedaliero (pernottamento esterno e pagamento in proprio dei pasti).

Il paziente necessita di **CONTINUITA' TERAPEUTICA** presso la nostra struttura ☐ SI, ☐ NO
se SI, specificare le motivazioni ed il follow-up (tempo e cadenza).

_____ li _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

La presente dichiarazione **non sostituisce la certificazione sanitaria** attestante le prestazioni erogate e i relativi periodi e che deve essere ugualmente rilasciata.

N.B.: La presente dichiarazione è indispensabile alla ASL di Sassari per verificare la sussistenza delle condizioni stabilite dalla Legge Regionale n° 26/1991 della Regione Autonoma della Sardegna per poter erogare all'accompagnatore del paziente il contributo forfettario di soggiorno disciplinato dalla medesima Legge.

N.B. Barrare le caselle che interessano

Modello B**RICHIESTA RIMBORSO PER PRESTAZIONI SANITARIE L.R. N° 26/1991**

PRATICA N. ____/ANNO ____ PROTOCOLLO N.° ____ DEL ____

AUTORIZZAZIONE N° ____ DEL ____ (da compilare a cura dell'Ufficio preposto)

Modalità di trasmissione:

- email: uff.extraregione.ozieri@aslsassari.it
- pec: distretto.oz@pec.aslsassari.it
- consegna a mano presso l'Ufficio Ricoveri Extra Regione, Ozieri - Via Ospedale Civile, SNC, Uffici Amministrativi - Piano Primo

Il/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 _____, il _____, di essere
residente a _____, in Via _____ n. _____, di essere
domiciliato/a _____, in Via _____ n. _____, di essere iscritto/a negli
elenchi delle Aziende Sanitarie Regionali (indicare quale) _____,
telefono _____, e-mail e/o PEC _____ e, con la presente,

chiede☐ per sé stesso ☐ in qualità di (specificare parentela) _____ per il paziente:

cognome _____ nome _____
Cod. Fisc. _____, nato/a _____, il _____
residente a _____, in Via _____ n. _____,
telefono _____, di essere iscritto/a negli elenchi delle Aziende Sanitarie Regionali
(indicare quale) _____,

Il rimborso delle spese di viaggio ed il contributo di soggiorno per prestazioni sanitarie preventivamente autorizzate, ai sensi 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:

- ☐ Autorizzazione preventiva riferita alla prestazione per la quale si chiede il rimborso;
- ☐ 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 € 1.000,00),
- ☐ Assegno circolare (solo ed esclusivamente se l'importo è al di sotto di € 1.000,00),
- ☐ 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)

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

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

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.

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*):

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 _____, Cod. Fisc.: _____,
nato/a 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

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: uff.extraregione.ozieri@aslsassari.it
- pec: distretto.oz@pec.aslsassari.it
- consegna a mano presso l'Ufficio Ricoveri Extra Regione, Ozieri - Via Ospedale Civile, SNC, Uffici Amministrativi - Piano Primo

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.____, di essere iscritto/a
negli elenchi delle Aziende Sanitarie Regionali (indicare quale) _____,
telefono _____, e-mail e/o PEC _____, e, con la presente,

Chiede☐ per sé stesso ☐ in qualità di (specificare parentela) _____ per il paziente:

cognome _____ nome _____
Cod. Fisc. _____, nato/a _____, il _____
residente a _____, in Via _____ n. _____,
telefono _____, di essere iscritto/a negli elenchi delle Aziende Sanitarie Regionali
(indicare quale) _____,

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 (solo ed esclusivamente se l'importo è al di sotto di €.1000,00),
- ☐ 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)

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

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