

**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](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)***

 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](mailto:distretto.ss@pec.aslsassari.it)
- inoltro all'indirizzo e-mail: [ricoveriextraregione@aslsassari.it](mailto: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).

---

---

---

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

**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@asl sassari.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, usufruire 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)*

<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 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](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)**

**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 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, usufruire 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)**

<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> .....
<b>Treno</b>	N° ..... biglietti €. ....	
<b>Bus / Navetta</b>	N° ..... biglietti €. ....	

Il/la sottoscritto/a chiede che tutte le comunicazioni inerenti la presente procedura, vengano trasmesse esclusivamente con una delle seguenti modalità (*barcare 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](mailto:ricoveriextra.alghero@aslsassari.it);**
- **pec: [distretto.alghero@pec.aslsassari.it](mailto: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       Ester

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](mailto:distretto.alghero@pec.aslsassari.it)
- inoltro all'indirizzo e-mail: [ricoveriextra.alghero@aslsassari.it](mailto: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).

---

---

---

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

**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](mailto:ricoveriextra.alghero@aslsassari.it);**
- **pec: [distretto.alghero@pec.aslsassari.it](mailto:distretto.alghero@pec.aslsassari.it)**  
**consegna a mano presso l'Ufficio Ricoveri Extra Regione, Alghero - Via degli Ortì, 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, usufruire 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 €.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)*

<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> .....

<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 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)***

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:**

**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, usufruire 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: ..... / ..... / <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 (*barcare 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@aslssassari.it](mailto:uff.extraregione.ozieri@aslssassari.it)**
- **pec: [distretto.oz@pec.aslsassari.it](mailto: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

**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.oz@pec.aslsassari.it](mailto:distretto.oz@pec.aslsassari.it)
- inoltro all'indirizzo e-mail: [uff.extraregione.ozieri@aslsassari.it](mailto: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).

---

---

---

lì \_\_\_\_\_

**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@asl sassari.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, usufruire 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)**

<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 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@asl.sassari.it](mailto:uff.extraregione.ozieri@asl.sassari.it)**
- **pec: [distretto.oz@pec.aslsassari.it](mailto: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 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, usufruire 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)**

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