

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

PRATICA N. \_\_\_\_\_/2024 PROTOCOLLO N.° \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

AUTORIZZAZIONE N° \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_ (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)

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. \_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_ e con la presente

**chiede**

per sé stesso  in qualità di (specificare parentela) \_\_\_\_\_ per il proprio familiare:

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

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

La Struttura extraregione	
Nel periodo	

**A tal fine, si allega:**

- Parere sanitario autorizzativo riferito alla prestazione per la quale si chiede il rimborso;
- Certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria attestante la presenza del paziente e in caso di ricovero la certificazione di dimissione dell'assistito ed eventuale calendario delle prestazioni erogate in regime di Day Hospital, ove previsto;
- Certificazione della struttura attestante la presenza dell'accompagnatore/i;

- 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.
- Copia del documento di riconoscimento e della tessera sanitaria dell'assistito in corso di validità;
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente e/o dei genitori e/o tutore dell'assistito se è minore o diversamente abile;
- se l'assistito è un familiare, allegare copia della delega;
- eventuale ulteriore documentazione utile ai fini del rimborso (*specificare quale*):

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

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/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)
- Accredito sul C/C (indicare cod. IBAN) \_\_\_\_\_

Intestato a: \_\_\_\_\_

### 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> .....

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

2° Accompagnatore		
<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	€. ....

**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.

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 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:** Non verranno accettate le richieste di rimborso per prestazioni sanitarie L.R. 26/1991 compilate in modo incompleto, illeggibile o poco chiaro e prive della documentazione necessaria e presentate con modulistica diversa o alterata/modificata da quella fornita direttamente dall'Ufficio Ricoveri Extraregione del Distretto di Sassari dell'Anglona, della Romangia e della Nurra Occidentale.

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 C/C (indicare cod. IBAN del delegato) \_\_\_\_\_

Intestato a: \_\_\_\_\_

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*