

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;
- 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. ____ 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:/...../ 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	€.

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