

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

- email: [uff.extraregione.ozieri@aslsassari.it](mailto:uff.extraregione.ozieri@aslsassari.it)
- PEC: [distretto.oz@pec.aslsassari.it](mailto:distretto.oz@pec.aslsassari.it)  
consegna a mano presso Ufficio Ricoveri Extraregione Via Ospedale Civile snc Ozieri  
- 1° piano Uffici Amministrativi

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 \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, di essere  
residente a \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_, di essere  
domiciliato/a \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_, telefono \_\_\_\_\_  
e 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** \_\_\_\_\_

**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,
- ☐ 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*