

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER TRASPORTI SANITARI SECONDARI PROGRAMMATIIl sottoscritto

Nato il a

Residente in via

telefono Codice fiscale

e-mail

ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, artt. 46 e 47

**chiede il rimborso della spesa sostenuta per trasporti sanitari secondari programmati
nei casi previsti e consentiti dalla D.G.R. n.1598 del 25.08.2017**

per sé stesso
 per il Sig. Codice Fiscale

Nato/a a (.....) il

Residente a(.....) via n.

erede (del beneficiario) genitore del minore tutore/curatore/ammin. di sostegno
 e dichiara di essere consapevole che è propria la responsabilità fiscale riferita alle spese per le quali richiede e ottiene il contributo in oggetto.

A tal fine allega la seguente documentazione:

- promemoria della prescrizione del medico di medicina generale
- documentazione sanitaria riportante l'intrasportabilità dell'utente ai sensi della D.G.R. di riferimento (promemoria della prescrizione MMG oppure dichiarazione in carta libera)
- promemoria della prenotazione delle prestazioni sanitarie effettuate presso i centri CUP
- eventuale documentazione attestante l'indisponibilità di mezzi di trasporto a gestione aziendale
- fattura IN ORIGINALE del trasporto effettuato riportante i dati dell'utente e attestazione di regolare quietanza
- altro (es. certificazione di nomina a procuratore, curatore, amministratore di sostegno, autocertificazioni varie)

Il rimborso potrà essere corrisposto mediante:

- invio al domicilio di assegno non trasferibile (solo per importi fino a 999,99 euro)
 altre forme (solo per importi fino a 999,99 euro)
 Accredito in conto corrente bancario IBAN (compilare sotto)

Codice Internazionale (dopo IT mettere solo i due numeri)		Codice CIN (solo una lettera)		Codice ABI (Solo numeri)		Codice CAB (solo numeri)		N. di Conto Corrente Bancario (se i numeri di conto non riempiono tutte le caselle, anteporre ai numeri tanti zeri quanti sono gli spazi rimasti liberi)											
I	T																		

intestato a

Si allega altresì fotocopia del documento di identità in corso di validità.

Specifiche informazioni sul trattamento dei dati personali, effettuato dall'Azienda sanitaria Friuli Occidentale in qualità di titolare del trattamento dati per finalità di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e attività amministrative connesse, sono disponibili al link https://asfo.sanita.fvg.it/it/azienda_informa/privacy.html

Data Firma (leggibile)**RISERVATO AL DISTRETTO**

Esaminata la documentazione allegata, effettuati gli approfondimenti del caso,
 dichiara

la regolarità dell'istanza e pertanto:

- si autorizza il rimborso nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni normative
 non si autorizza il rimborso per il seguente motivo _____

Il Dirigente Responsabile