

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER TRASPORTI SANITARI SECONDARI PROGRAMMATI

Il 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/amm. di sostegno

e dichiara di essere consapevole di non poter portare in detrazione, in sede di dichiarazione dei redditi, le spese relative per le quali è stato richiesto il rimborso.

A tal fine allega la seguente documentazione:

- promemoria della prescrizione del medico curante riportante l'intrasportabilità dell'utente ai sensi della D.G.R. di riferimento (eventualmente integrata con 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 <small>(dopo IT mettere solo i due numeri)</small>		Codice CIN <small>(solo una lettera)</small>	Codice ABI <small>(Solo numeri)</small>	Codice CAB <small>(solo numeri)</small>	N. di Conto Corrente Bancario <small>(se i numeri di conto non riempiono tutte le caselle, anteporre ai numeri tanti zeri quanti sono gli spazi rimasti liberi)</small>
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 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 _____

Data _____

Il Dirigente Responsabile _____