

Parte riservata all'amministrazione

Copia della presente istanza viene riconsegnata al Richiedente, ai sensi dell'art. 8 della Legge n. 241/1990 come "Comunicazione di avvio del procedimento".

Responsabile del procedimento: Daniela Baldini

DATA AVVIO PROCEDIMENTO:

TERMINE DEL PROCEDIMENTO: 90 (novanta giorni) (con domanda completa di documentazione)

**DOMANDA DI CONCORSO SPESE PER PERCORSI RIABILITATIVI A FAVORE
DI SOGGETTI AFFETTI DA AUTISMO, PSICOSI INFANTILE, PARALISI
CEREBRALE INFANTILE E MALATTIE RARE**

(Assistenza sanitaria aggiuntiva – Prestazione n. 11)

Si prega di compilare la domanda in tutte le parti ed in maniera chiara e leggibile

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA, sotto la sua personale responsabilità:

di essere nato/a a _____ il _____

di essere residente in provincia di Trento da almeno 3 anni ed iscritto al Servizio sanitario provinciale

di essere residente a _____ via _____ n. _____

tel. _____ codice fiscale _____

E CHIEDE

per se stesso

per il minore sottoindicato
(in qualità di esercente la potestà genitoriale)

per la persona sotto indicata
(in qualità di tutore, curatore o amministratore di sostegno)

Sig./Sig.ra _____

(nome – cognome)

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

tel. _____ codice fiscale _____

residente in provincia di Trento da almeno 3 anni ed iscritto al Servizio Sanitario della Provincia di Trento

il concorso della spesa sostenuta per le prestazioni a carattere terapeutico-riabilitativo fruite in regime di ricovero ospedaliero nella struttura _____

ubicata a _____ e non operante nell'ambito del Servizio sanitario nazionale;

il concorso della spesa sostenuta per le prestazioni a carattere terapeutico-riabilitativo fruite in regime ambulatoriale nella struttura/ambulatorio _____

ubicata a _____ e non operante nell'ambito del Servizio sanitario nazionale;

il concorso della spesa sostenuta per le prestazioni a carattere terapeutico-riabilitativo fruite al domicilio o altro
(specificare la struttura _____)
praticate da _____

(indicare il professionista titolato al trattamento riabilitativo)

il rimborso delle spese di viaggio e permanenza sostenute (vedi allegato ai sensi LP 33/1988)

per l'assistito _____

per il familiare/accompagnatore Sig./Sig.ra _____

Si prega di accreditare il rimborso, qualora ne ricorra il diritto, sul seguente n. di conto corrente:

Banca _____ Codice IBAN _____

Intestatario _____

(se diverso dal beneficiario specificare se tutore, curatore, amministratore di sostegno o esercente la potestà genitoriale del minore)

Si allegano i seguenti documenti (obbligatori ai fini dell'accettazione della domanda):

CERTIFICAZIONE REDATTA SU MODULISTICA PREDISPOSTA DAL MEDICO SPECIALISTA pubblico o convenzionato con il Servizio sanitario nazionale (in originale)

(oppure in caso di malattia rara in paziente minore d'età) **CERTIFICATO REDATTO SU MODULISTICA PREDISPOSTA DALLE UU.OO. DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DELL'AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI;**

DOCUMENTAZIONE FISCALE comprovante le spese sostenute (strettamente correlate al piano di cura prescritto);

COPIA CONFORME DELLA CARTELLA CLINICA o della lettera di dimissione (nel caso di ricovero ospedaliero);

ALTRO _____

Informativa ai sensi del D.P.R. 445/00

Si rende noto che la suddetta domanda contiene dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n 445 del 28/12/2000, che tali dichiarazioni potranno essere oggetto di verifica e che le false attestazioni e le dichiarazioni mendaci dovranno essere comunicate all'Autorità Giudiziaria.

Informativa ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto Lgs. 30.06.2003 n. 196)

Ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personale il sottoscritto dichiara di essere stato informato che i dati identificativi inseriti nella domanda sono raccolti e trattati dall'Azienda Provinciale per i Servizi sanitari di Trento (APSS) all'interno del procedimento per il quale sono richiesti; tali dati, insieme a quelli diagnostici, sono inseriti nella procedura informatica dell'APSS di Trento. L'eventuale rifiuto, anche parziale, a fornire i dati richiesti, preclude l'attivazione del procedimento. I dati personali e sanitari verranno trattati in modo lecito, nel rispetto delle misure atte a garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi. Il sottoscritto dichiara di essere stato informato del diritto ad ottenere in ogni momento la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali che lo riguardano, della forma di utilizzo e di conservazione degli stessi, dei soggetti o categorie di soggetti ai quali i dati debbono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza, del diritto di integrazione, rettifica, aggiornamento, cancellazione o trasformazione in forma anonima o blocco dei dati trattati in violazione di legge e delle ulteriori disposizioni di cui all'art. 7 del Decreto Lgs. 196/2003. Il titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale dell'APSS di Trento e il responsabile del trattamento è il Direttore del Distretto sanitario Centro Nord.

DATA

FIRMA



Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione è stata:

sottoscritta, previa identificazione del richiedente previa esibizione di _____,

Nr. _____ rilasciato il _____ da _____

in presenza del dipendente addetto

(timbro dell'ufficio e firma del dipendente addetto)

sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore

Nel caso in cui l'interessato si trovi temporaneamente impedito a causa del suo stato di salute, può firmare il coniuge o, in sua assenza, il figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado:

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____

il _____ residente a _____ via _____

in qualità di _____ (coniuge o, in sua assenza, il figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) del sig./a di cui sopra, con la presente dichiarazione e nell'interesse dello/a stesso/a, dichiara e richiede quanto sopra sotto la propria responsabilità ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

Trento, _____

Firma

UFFICIO PRESTAZIONI – ASSISTENZA AGGIUNTIVA

Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione è stata:

sottoscritta, previa identificazione del richiedente previa esibizione di _____,

Nr. _____ rilasciato il _____ da _____

_____ in presenza del dipendente addetto

(timbro dell'ufficio e firma del dipendente addetto)

sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.