

Consegna ☐ on line ☐ personale

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE DI DEGENZA OSPEDALIERA ASSISTENZA INDIRECTA ORDINARIA

(Assistenza sanitaria indiretta)

(A pena di decadenza la domanda deve essere presentata entro sei mesi dalla data di dimissione ospedaliera)

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA sotto la sua personale responsabilità:

di essere nato/a a _____ il _____

di essere residente in provincia di Trento ed iscritto al Servizio Sanitario Provinciale

di essere residente a _____ via _____ n. _____

tel. _____ codice fiscale _____

- ☐ che per la prestazione di cui alla presente domanda non sono stati richiesti rimborsi ad altri organismi pubblici o privati
- ☐ che per la prestazione di cui alla presente domanda è stato richiesto un rimborso pari ad € _____ a _____

(denominazione organismo pubblico o privato)

Che il ricovero è avvenuto:

- ☐ in ospedale privato situati in Italia, non convenzionato o accreditato con il S.S.N. per l'assistenza diretta, a prescindere dalla branca specialistica cui si riferisce il ricovero
- ☐ in ospedale situato all'estero in cui l'interessato abbia assunto a proprio carico l'intera spesa per non aver fruito, di fatto, dell'assistenza in forma diretta
- ☐ di essere consapevole che per documenti redatti in lingua straniera è necessaria la traduzione certificata effettuata dagli organismi preposti. In carenza della presentazione della traduzione certificata effettuata dagli organismi preposti di cui al precedente punto, il sottoscritto **conferisce ad APSS** il mandato di anticipare le spese di traduzione necessarie, con riaddebito dei costi sostenuti e debitamente documentati dall'apss in base alle condizioni economiche vigenti tempo per tempo previste nell'affidamento del servizio di mediazione culturale ed interpretariato
- ☐ che tutta la documentazione presentata in fotocopia o con altro mezzo di riproduzione degli originali ai fini del rimborso per le prestazioni medico sanitarie usufruite, corrisponde al vero e riproduce esattamente e fedelmente i documenti originali
- ☐ che tutta la documentazione prodotta riguarda esclusivamente prestazioni sanitarie effettuate ed erogate solo ed esclusivamente a lui medesimo o al familiare per cui presenta la pratica
- ☐ di prendere atto che i documenti, se presentati in originale, non saranno restituiti
- ☐ di essere informato che APSS non svolge attività di consulenza fiscale e che quindi il sottoscritto è responsabile personalmente delle dichiarazioni rese in proprio ai fini di sgravio fiscale all'Agenzia delle Entrate (DPR n. 917/86)
- ☐ di accettare che APSS possa richiedere, la presentazione della documentazione in originale, con garanzia di restituzione, dopo i dovuti controlli

CHIEDE

- ☐ per se stesso
- ☐ per la persona sotto indicata in qualità di esercente la potestà genitoriale, di tutore, curatore o amministratore di sostegno
- ☐ per la persona sotto indicata (in qualità di tutore, curatore o amministratore di sostegno)

cognome nome nato/a a il

residente a _____ via _____ n. _____

tel. _____ codice fiscale _____

residente in provincia di Trento iscritto al Servizio Sanitario Provinciale

per la degenza ospedaliera avvenuta presso

- ☐ la clinica privata ⁽¹⁾ _____
- ☐ l'ospedale situato all'estero ⁽²⁾ _____

(1) Si precisa che la suddetta clinica privata non è convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale (vedi dichiarazione allegata);

(2) In cui dichiara di aver assunto a proprio carico l'intera spesa per non aver, di fatto, fruito dell'assistenza in forma diretta.

dal _____ al _____ ☐ day hospital
☐ ricovero ordinario

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

[illegible]

Banca	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):

- ☐ Copia Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) o Cartella Clinica
- ☐ Copia documentazione fiscale quietanzata n. _____
- ☐ Copia Prescrizione/Proposta rilasciata dal Medico di fiducia dell'interessato

Solo per i ricoveri avvenuti in Case di Cura private ubicate sul territorio nazionale:

- ☐ Copia della Dichiarazione della casa di cura privata attestante che la struttura non e' convenzionata né accreditata, integralmente o parzialmente con il SSN

INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

1. I dati personali forniti nell'ambito della presente domanda verranno trattati esclusivamente per le seguenti finalità: esecuzione di un compito di interesse pubblico di cui è investita APSS ed in particolare per l'erogazione delle prestazioni previste dalla normativa nazionale (dpcm 12 gennaio 2017) e provinciale (deliberazioni Giunta Provinciale) in materia di livelli essenziali ed aggiuntivi di assistenza.
2. Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per dar corso al procedimento di cui alla presente domanda e per tutte le attività connesse (quali, ad esempio, attività di controllo e consultive). Il rifiuto al conferimento dei dati comporterà l'impossibilità di dar corso alla presente domanda e di espletarne il relativo procedimento.
3. I dati personali saranno comunicati all'Istituto Bancario da Lei eventualmente indicato nella presente domanda ai fini del pagamento/rimborso e ad altri soggetti pubblici come previsto dal regolamento Provinciale per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari. Ai fini del controllo della veridicità delle dichiarazioni sostitutive contenute nella domanda, i dati personali potranno essere comunicati inoltre ad altri soggetti pubblici.
4. L'Azienda, oltre ai dati forniti con la presente domanda, può raccogliere per le finalità sopra indicate dati personali comuni presso i registri anagrafici comunali ed i CAF.
5. Il trattamento sarà effettuato con modalità cartacee e con strumenti informatici/elettronici con logiche atte a garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati stessi. I dati saranno trattati, esclusivamente per le finalità sopracitate, da personale dipendente e, in particolare, da Preposti al trattamento dei dati personali (Dirigenti), appositamente nominati, nonché da Addetti al trattamento dei dati, specificamente autorizzati ed istruiti. Sempre per le finalità indicate, i dati potranno essere trattati da soggetti che svolgono attività strumentali per APSS, che prestano adeguate garanzie circa la protezione dei dati personali e nominati Responsabili del trattamento, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.
6. È esclusa l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.
7. I dati personali saranno conservati secondo quanto previsto dal manuale di gestione degli archivi "Prontuario di conservazione dei documenti e dei fascicoli" disponibile nel sito dell'Azienda al seguente indirizzo web: www.apss.tn.it/direttive-aziendali.
8. I dati personali non saranno trasferiti fuori dell'Unione Europea.
9. Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari con sede in via Degasperi n. 79 a Trento a cui l'interessato potrà rivolgersi per far valere, nei casi previsti, i diritti di cui al Capo III del Regolamento, tramite l'ufficio URP sito a Palazzo Stella in Via Degasperi, n. 77 – 38123 Trento – tel. 0461/904172 urp@apss.tn.it.
10. Preposto al trattamento dei dati personali è il Dirigente del Servizio amministrazione territoriale.
11. L'interessato per le questioni relative al trattamento dei propri dati personali può rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati (RPD) i cui dati di contatto sono i seguenti: Via Degasperi, 79 – 38123 Trento, e-mail ResponsabileProtezioneDati@apss.tn.it
12. L'interessato ha diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di illecito trattamento o di ritardo nella risposta del Titolare a una richiesta che rientri nei diritti dell'interessato.

DATA

FIRMA

-
13. con la firma apposta in calce alla domanda si attesta di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 2016/679.

*Informazioni ai sensi del DPR 445/00

Se l'interessato è minore firma uno dei genitori o chi ha la potestà genitoriale (art. 5). Se l'interessato è interdetto/inabilitato firma il tutore/curatore (art. 5). 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, i figli o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (art. 4). Qualora la presente istanza non venisse firmata dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione perché inviata tramite servizio postale o con altra modalità, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 del DPR 445/2000). Si rende noto che l'istanza contiene dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/00 ed è quindi soggetta alle pene previste dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000. Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione è stata:

- ☐ sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto
- ☐ sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(timbro dell'ufficio e firma del dipendente addetto)