

consegna effettuata ☐ on line ☒ personalmente

**DOMANDA DI CONCORSO SPESE PER L'EFFETTUAZIONE DI PRESTAZIONI A CARATTERE FISIOTERAPICO A DOMICILIO
A FAVORE DI SOGGETTI AFFETTI DA FIBROSI CISTICA O CONTRIBUTO FORFETTARIO PER SOGGETTI AFFETTI DA
DISPLASIA ECTODERMICA**

Assistenza sanitaria aggiuntiva – Prestazione n. 12
(da presentare annualmente tra 01 gennaio e 31 gennaio)

II/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 _____

☐ il sottoscritto (o chi lo rappresenta) si impegna a comunicare tempestivamente al Servizio Amministrazione Territoriale l'eventuale variazione dei dati di cui alla presente istanza o la variazione di status che determini la perdita del contributo (trasferimento della residenza extra PAT, decesso, ricovero in RSA, ecc.)

☐ che tutta la documentazione presentata in fotocopia o con altro mezzo di riproduzione degli originali ai fini del rimborso per le prestazioni mediche 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, qualora consegnati 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)

cognome nome _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____ n. _____
tel. _____ codice fiscale _____
di essere residente in provincia di Trento ed iscritto al Servizio Sanitario Provinciale

- ☐ il concorso della spesa sostenuta per le prestazioni a carattere fisioterapico fruite a domicilio e poste in essere da professionista privato _____
(indicare la qualifica professionale)
- ☐ il concorso della spesa sostenuta per le prestazioni a carattere fisioterapico fruite a domicilio e poste in essere da:
- ☐ il familiare a ciò formato dal Centro di supporto provinciale/Centro Regionale del Veneto per la cura della fibrosi cistica _____
(indicare il nominativo)
- ☐ il paziente medesimo a ciò formato dal Centro di supporto provinciale/Centro Regionale del Veneto per la cura della fibrosi cistica _____
- ☐ il contributo forfettario per la cura e permanenza al proprio domicilio (solo per i pazienti affetti da displasia ectodermica)

Si prega di accreditare il rimborso, qualora ne ricorra il diritto, sul seguente nr. 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 DELLA CERTIFICAZIONE SU MODULISTICA PREDISPOSTA** (da presentare una tantum o in caso di variazioni soggettive) redatta in data _____ dal medico specialista pubblico e/o convenzionato con il Servizio sanitario nazionale _____ operante presso:
- ☐ Centro di supporto Provinciale per la cura della fibrosi cistica
- ☐ Centro Regionale del Veneto per la cura della fibrosi cistica

che l'ha trattenuta nella cartella ambulatoriale del paziente **(solo nel caso in cui non l'abbia trasmessa direttamente il professionista o in originale o via mail)**



- ☐ **COPIA CERTIFICAZIONE REDATTA SU MODULISTICA PREDISPOSTA** redatta in data _____ dal medico specialista (pubblico o convenzionato con il SSN) _____ attestante la patologia della **displasia ectodermica**, che l'ha trattenuta nella cartella ambulatoriale del paziente (**solo nel caso in cui non l'abbia trasmessa direttamente il professionista o in originale o via mail**)
- ☐ **COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE FISCALE** comprovante le spese sostenute (strettamente correlate al piano di cura prescritto)

OVVERO

- ☐ **CERTIFICAZIONE ORIGINALE, come sopra (VALE PER ENTRAMBE LE PATOLOGIE)**, solo nel caso in cui il professionista l'abbia consegnata direttamente al paziente senza trattenere l'originale
- ☐ **DOCUMENTAZIONE FISCALE** comprovante le spese sostenute strettamente correlate al piano di cura prescritto.
- ☐ **altro** _____

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

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- È esclusa l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.
- 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.
- I dati personali non saranno trasferiti fuori dell'Unione Europea.
- Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari con sede in via Degasperri 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 Degasperri, n. 77 – 38123 Trento – tel. 0461/904172 urp@apss.tn.it.
- Preposto al trattamento dei dati personali è il Dirigente del Servizio amministrazione territoriale.
- 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 Degasperri, 79 – 38123 Trento, e-mail ResponsabileProtezioneDati@apss.tn.it
- 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)