Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

Dipartimento Amministrativo
Ospedaliero Territoriale
Servizio Amministrazione Territoriale

consegna effettuata □ on line □ personalmente

dOMANDA PER IL CONCORSO ALLA SPESA PER L'ACQUISTO DI PRODOTTI DIETETICI E DI INTEGRATORI ALIMENTARI

(assistenza sanitaria aggiuntiva – Prestazione n. 2)

(A pena di decadenza la domanda deve essere presentata entro un anno dalla data di effettuazione della spesa)

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 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, 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 il minore sotto indicato
in qualità di esercente la potestà genitoriale congiuntamente al/la Signor/a_____
□ 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 ed iscritto al Servizio Sanitario della Provincia di Trento

□ il concorso della spesa sostenuta per l'acquisto dei prodotti dietetici/integratori alimentari denominati _____ autorizzati in data _____con autorizzazione n. _____

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

I	**T**																									

Banca _____ Intestatario _____

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

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

Dipartimento Amministrativo
Ospedaliero Territoriale
Servizio Amministrazione Territoriale

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

☐ **Copia della DOCUMENTAZIONE FISCALE** comprovante le spese sostenute (strettamente correlate al piano di cura prescritto) costituita da fatture/scontrini fiscali parlanti

☐ **Copia della CERTIFICAZIONE SU MODULISTICA PREDISPOSTA REDATTA IN DATA _____ DAL MEDICO SPECIALISTA** pubblico e/o convenzionato con il Servizio sanitario nazionale _____ operante presso_____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). Validità annuale

OVVERO

☐ **CERTIFICAZIONE ORIGINALE su modulistica predisposta redatta dal medico specialista pubblico** e/o convenzionato con il Servizio sanitario nazionale (solo nel caso in cui il professionista l'abbia consegnata direttamente al paziente senza trattenere l'originale) validità annuale

☐ **Altro**

_____

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 sopraccitate, 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.
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.

DATA **FIRMA**

_____ _____

***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)