

consegna effettuata □ on line □ personalmente

DOMANDA DI CONCORSO SPESE PER L'EFFETTUAZIONE DEL TRATTAMENTO RIABILITATIVO CON METODO DOMAN

(Assistenza sanitaria aggiuntiva – prestazione n. 7)

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

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 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 €				
(denominazione organismo pubblico o privato) 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				
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 nomenato/a ail				
residente a via n				
tel codice fiscale l l l l l l l l l l l l l l l				
residente in provincia di Trento ed iscritto al Servizio Sanitario della Provincia di Trento				
□ il concorso della spesa sostenuta per le prestazioni a riabilitative con metodo Doman effettuate □ in Italia (Centro di Fauglia) □ all'estero (Philadelphia, U.S.A.)				
□ il rimborso delle spese di viaggio e soggiorno sostenute				
 per l'assistito per il/i seguente/i accompagnatore/i (massimo tre): 				
Sig./Sig.ra				
Sig./Sig.ra				
Si prega di accreditare il rimborso, qualora ne ricorra il diritto, sul seguente n. di conto corrente:				
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):

<u> </u>	anegano i seguenti documenti (obbligatori ai inii den accettazione dena domanda).				
	copia della CERTIFICAZIONE su modulistica predisposta redatta in data pubblico e/o convenzionato con il Servizio sanitario nazionale l'ha trattenuta nella cartella ambulatoriale del pazionta (colo nel caso in qui non l'abbia trasma	operante presso_	medico specialistache		
l'ha trattenuta nella cartella ambulatoriale del paziente (solo nel caso in cui non l'abbia trasmessa direttamente il professionista o i originale o via mail)					
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)				
	DOCUMENTAZIONE FISCALE quietanzata comprovante le spese sostenute (strettamente	correlate al piano di	cura prescritto)		
	Copia del programma riabilitativo terapeutico rilasciato dagli Istituti Doman <u>e sottoscritto e timbrato in ogni pagina dagli stessi Istituti</u>				
	Dichiarazione sostituiva di atto notorio che attesti:				
	 gli strumenti utilizzati e le attività eseguite per l'attivazione del programma riabilitativo terapische spese sostenute riconducibili e correlabili alle attività e ai contenuti del programma di cui si il nominativo degli accompagnatori (massimo 3). 				
	altro				
	INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento U	UE 2016/679			
1.	C		i interesse pubblico di cui è		
	investita APSS ed in particolare per l'erogazione delle prestazioni previste dalla normativa nazionale (dpcm 12 gennaio in materia di livelli essenziali ed aggiuntivi di assistenza.	2017) e provinciale (delib	erazioni Giunta Provinciale)		
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 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 p come previsto dal regolamento Provinciale per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari. Ai fini del controllo della veridicità delle dichiarazioni sostitutive contenut domanda, i dati personali potranno essere comunicati inoltre ad altri soggetti pubblici.				
4.		uni presso i registri anagra	fici 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 stessi. I dati saranno trattati, esclusivamente per le finalità sopraccitate, da personale dipendente e, in particolare, da Preposti al trattamento dei dati personali (Dirig appositamente nominati, nonché da Addetti al trattamento dei dati, specificamente autorizzati ed istruiti. Sempre per le finalità indicate, i dati potranno essere tratta soggetti che svolgono attività strumentali per APSS, che prestano adeguate garanzie circa la protezione dei dati personali e nominati Responsabili del trattamento, ai sens Regolamento UE 2016/679.				
6.					
7.	I dati personali saranno conservati secondo quanto previsto dal manuale di gestione degli archivi "Prontuario di conser sito dell'Azienda al seguente indirizzo web: www.apss.tn.it/direttive-aziendali.	rvazione dei documenti e d	dei fascicoli" disponibile nel		
8.	•				
9.	Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari con sede in via Degasperi n. valere, nei casi previsti, i diritti di cui al Capo III del Regolamento, tramite l'ufficio URP sito a Palazzo Stella in Via urp@apss.tn.it.				
10). 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 pri seguenti: Via Degasperi, 79 – 38123 Trento, e-mail <u>ResponsabileProtezioneDati@apss.tn.it</u> 				
12	 L'interessato ha diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di illecito t richiesta che rientri nei diritti dell'interessato. 	rattamento o di ritardo nel	lla risposta del Titolare a una		
	DATA	FIRMA			
10					
	8. con la firma apposta in calce alla domanda si attesta di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dat	i personali ai sensi dei regi	olamento UE 2016/6/9.		
Se Ne ma pr un con	nformazioni ai sensi del DPR 445/00 Printeressato è minore firma uno dei genitori o chi ha la potestà genitoriale (art. 5). Se l'interessato è interde el caso in cui l'interessato si trovi temporaneamente impedito a causa del suo stato di salute può firi ancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (art. 4). Qualora la presente is resenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione perché inviata tramite servizio postale ditamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 del nitiene dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del I ne previste dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2006 sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione è stata:	mare il coniuge o, in stanza non venisse fir o con altra modalità, lel DPR 445/2000). Si DPR 445 del 28/12/00	sua assenza, i figli o, in mata dall'interessato in deve essere presentata rende noto che l'istanza		
	sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità c	del sottoscrittore.			

CRED CONTROL OF THE C

(timbro dell'ufficio e firma del dipendente addetto)