Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

Consegna: ☐ a mezzo e-mail ☐ allo sportello (previa appuntamento)

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER VISITA MEDICA SPORTIVA

Assistenza sanitaria indiretta – certificazioni rilasciate dal 01/07/2022

(A pena di decadenza la domanda deve essere presentata entro sei mesi dalla data di esecuzione della prestazione)

Il/La sottoscritto/a _____

sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ il _____
- di essere iscritto al Servizio Sanitario Provinciale
- di essere residente a _____ via _____
  tel. _____ e-mail _____
  codice fiscale _____
- che per la prestazione di cui alla presente domanda non sono stati richiesti rimborsi ad altri organismi pubblici o privati; **solo in caso contrario specificare l'eventuale importo, pari a €** _____
- che tutta la documentazione presentata in fotocopia o con altro mezzo di riproduzione degli originali ai fini del rimborso per le prestazioni i medico sanitarie usufruite, corrisponde al vero e riproduce esattamente e fedelmente i documenti originali;
- che tutta la documentazione prodotta riguarda prestazioni sanitarie effettuate ed erogate solo ed esclusivamente al sottoscritto o al familiare per cui si presenta la pratica;
- di prendere atto che i documenti, se consegnati in originale, non verranno 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
- di aver fruito, assumendo a proprio carico l'intera spesa, della visita medico sportiva presso _____ (struttura sanitaria/medico specialista privati autorizzato per la medicina dello sport), in quanto la stessa non era ottenibile dal Servizio Sanitario Provinciale in tempi compatibili con l'avvio dell'attività agonistica di _____, con rilascio della certificazione il giorno _____

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 _____ il _____

residente a _____ via _____

codice fiscale _____

residente in provincia di Trento iscritto al Servizio Sanitario Provinciale

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

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

- **copia certificazione seguente alla visita medico sportiva**
- **copia documentazione fiscale quietanzata**
- **documento di identità del maggiorenne richiedente**

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

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 2007) e provinciale (deliberazione della 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 espletare 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 e 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 veridicità 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
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 Ospedale Territorio del distretto di residenza dell'interessato.
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,bo, 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)