


Azienda Provinciale *per i Servizi Sanitari*
 Provincia Autonoma di Trento

Servizio Amministrazione Territoriale

- Ufficio Alta specializzazione -
Viale Verona - 38123 Trento

RICHIESTA DI RIMBORSO DELLA SPESA SANITARIA PER PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Si prega di compilare la domanda in tutte le parti ed in maniera chiara e leggibile.

DATI RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a _____

D I C H I A R A

di essere nato/a a _____ il _____ di essere residente nel comune di _____

prov. (____) in via _____ CAP _____

n° telefono _____ e-mail _____

di possedere il codice fiscale _____

di essere regolarmente iscritto al Servizio Sanitario Provinciale (*requisito necessario*)

C H I E D E

DATI ASSISTITO

per sé

per il minore sottoindicato
(in qualità di esercente la responsabilità genitoriale)

per la persona sotto indicata
(in qualità di tutore, curatore o amministratore di sostegno)

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il _____ residente nel comune di _____

prov. (____) in via _____ CAP _____

n° telefono _____ codice fiscale _____

regolarmente iscritto al Servizio Sanitario Provinciale

IL RIMBORSO PARZIALE DELLE SPESE SANITARIE SOSTENUTE DAL RICHIEDENTE E FRUITE PRESSO:

(indicare nome e luogo della/delle struttura/e sanitaria/e)

per la/e seguenti prestazione/i:

ricovero ordinario/DH dal..... al

ambulatoriali di data.....;;;

A tal fine:

- dichiara di essere autorizzato, con parere del Centro di Riferimento per gli interventi di Alta specializzazione, al rimborso dell'80% della spesa strettamente sanitaria sostenuta;
- dichiara di essere autorizzato, con parere del Centro di Riferimento per gli interventi di Alta specializzazione, al rimborso della spesa strettamente sanitaria nella misura massima del DRG calcolato secondo le tariffe per l'ospedale S. Chiara di Trento;
- chiede il rimborso delle spese sanitarie, di ammontare superiore ad euro 200,00, relative a prestazioni programmate autorizzate con modello S2 (modulistica comunitaria) e non previste nel modello di assistenza diretta in ambito comunitario.
Allo scopo dichiara:
 - **che l'assistito è iscritto al SSP e residente in Provincia di Trento da almeno tre anni;**
 - **nel caso l'assistito sia di età inferiore ai tre anni il requisito della residenza triennale è soddisfatto dai genitori.**

Ai fini del rimborso il sottoscritto **ALLEGA:**

- certificazione sanitaria attestante la prestazione e la data di fruizione.
Nel caso di richiesta rimborso spesa sanitaria nella misura massima del **DRG Ospedale di Trento** si richiede copia della *cartella clinica* oppure *scheda di dimissione ospedaliera con relativi codici di procedura e di diagnosi – ICDM9*; se tali documenti sono redatti in lingua straniera è necessaria la traduzione certificata effettuata dagli organismi preposti. In difetto, APSS provvederà alla traduzione ufficiale e i relativi oneri saranno dedotti dall'importo rimborsato.
- fattura/e quietanzata/e della spesa sanitaria:
 - in originale (se presentata personalmente);
 - in copia (se inviata con mezzi telematici).
In tal caso dichiara 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, riproduce fedelmente i documenti originali e che gli stessi non sono stati presentati per la stessa finalità ad altri organismi pubblici o privati;
 - di accettare che APSS possa richiedere, per i dovuti controlli, la presentazione della documentazione in originale.

ESTREMI DELLA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

documenton°di data

COORDINATE BANCARIE DEL RICHIEDENTE (compilazione OBBLIGATORIA)

IT(2 cifre)	CIN	ABI	CAB	N° C/C
IT				

Intestato a _____

Banca _____

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato che APSS non svolge attività di consulenza fiscale e di essere quindi responsabile personalmente delle dichiarazioni rese in proprio ai fini di sgravio fiscale all'Agenzia delle Entrate (DPR n. 917/86).

Informativa ai sensi del DPR 445/00

Si rende noto che la suddetta 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. 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).

INFORMATIVA ai sensi degli articoli 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 l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) ed in particolare per l'erogazione delle prestazioni previste dalla normativa nazionale (d.p.c.m. 12 gennaio 2017) e provinciale (deliberazioni Giunta provinciale) in materia di livelli essenziali e 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 inoltre comunicati ad altri soggetti pubblici.
4. L'APSS, oltre ai dati forniti con la presente domanda, può raccogliere per le finalità sopra indicate dati personali comuni presso i Registri anagrafici comunali.
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 (APSS) 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 rapporti con il pubblico (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.

Con la firma apposta in calce alla presente dichiarazione si attesta di aver preso visione dell'Informativa relativa al trattamento dei dati personali (articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679).

Li _____,
(luogo) (data)

Firma _____

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

(timbro dell'ufficio e firma del dipendente addetto)

sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.