

FAC SIMILE--ALL. A

Sig. Direttore Generale

Azienda Sanitaria Provinciale di _____

Distretto Sanitario _____

Ufficio _____

Oggetto. Richiesta autorizzazione preventiva per benefici Legge Regionale 8/99.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ appartenente all'ASP di _____ e residente nella Regione Calabria

nel Comune di _____ via _____

tel) _____, domiciliato in _____

via _____

CHIEDE

☐ PER SE STESSO

☐ PER IL/AA FIGLIO/A _____

L'AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA per poter usufruire dei benefici di cui alla L.R. n. 8/99 per recarsi presso la
Struttura Sanitaria Extraregionale _____

(Indicare Struttura Sanitaria Extraregionale e località).

L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACCOMPAGNATORE _____

(Nome di entrambi i genitori se assistito minore)

TIPO DI PRESTAZIONE SANITARIA DA FRUIRE _____

SETTING ASSISTENZIALE _____

(Indicare se in regime di ricovero o ambulatoriale)

DATA E DURATA DELLA PRESTAZIONE _____

Alla presente si allega la seguente documentazione:

- CERTIFICAZIONE SPECIALISTICA di Medico Specialista di struttura pubblica (ASP di appartenenza, ASP regionale o AO regionale) attestante la non fruibilità della prestazione nell'ambito del S.S.R.
- STATO DI FAMIGLIA E CERTIFICAZIONE REDDITO, mediante modello di Dichiarazione del Reddito presentata nell'anno precedente, attestante che il reddito lordo familiare non superi i 36.000,00 Euro annui.

Si esprime Dichiarazione liberatoria in cui si da atto che i benefici previsti dalla L.R. n. 8/99 e ss. mm. e ii. sono soggetti al limite invalicabile del budget annualmente assegnato dal Bilancio regionale e che, conseguentemente, vi è la possibilità che l'esiguità di detto budget comporti il rischio che il rimborso possa non essere riconosciuto o essere riconosciuto in misura ridotta rispetto all'effettivo esborso per viaggio e soggiorno sostenuto.

Si da atto, altresì, che il rimborso avverrà soltanto previo finanziamento della Regione Calabria e, pertanto, si rinuncia ad ogni contenzioso per l'ipotesi di ritardo.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. gs n. 196/2003.

In fede

_____, li _____

Spazio riservato per l'autorizzazione a cura dell'ASP di _____ - Ufficio LR n. 8/99

☐ SI
☐ NON SI

AUTORIZZA

Il Responsabile dell'Ufficio

FAC SIMILE—ALL. B

Sig. Direttore Generale

Azienda Sanitaria Provinciale di _____

Distretto Sanitario _____

Ufficio _____

Oggetto. Richiesta autorizzazione preventiva per benefici Legge Regionale 8/99.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ appartenente all'ASP di _____ e residente nella Regione Calabria
nel Comune di _____ via _____
tel. _____, domiciliato in _____
via _____

CHIEDE

☐ PER SE STESSO

☐ PER IL/AA FIGLIO/A _____

IL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE per recarsi presso la Struttura Sanitaria Extraregionale _____ per sottoporsi alla prestazione sanitaria _____

Alla presente si allega:

- * CERTIFICAZIONE MEDICA in originale della Struttura sanitaria extraregionale attestante l'avvenuta effettuazione della prestazione fruita dal paziente con indicazione del relativo setting assistenziale (in regime di ricovero o ambulatoriale) e la data di esecuzione;
- * DOCUMENTAZIONE PROBATORIA IN ORDIGINALE ATTESTANTE LE SPESE SOSTENUTE (fatture quietanzate, ricevute di pagamento o equipollenti, ricevute fiscali, scontrini fiscali, biglietti di viaggio, ticket relativi a pedaggi autostradali).

In merito ai requisiti previsti, ai fini del rimborso, fa riferimento all'istanza di autorizzazione preventiva presentata presso codesta ASP in data _____

Si esprime Dichiarazione liberatoria in cui si da atto che i benefici previsti dalla L.R. n. 8/99 e ss. mm. e ii. sono soggetti al limite invalicabile del budget annualmente assegnato dal Bilancio regionale e che, conseguentemente, vi è la possibilità che l'esiguità di detto budget comporti il rischio che il rimborso possa non essere riconosciuto o essere riconosciuto in misura ridotta rispetto all'effettivo esborso per viaggio e soggiorno sostenuto.

Si da atto, altresì, che il rimborso avverrà soltanto previo finanziamento della Regione Calabria e, pertanto, si rinuncia ad ogni contenzioso per l'ipotesi di ritardo.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. gs n. 196/2003.

In fede

_____, li _____

Spazio riservato per l'autorizzazione a cura dell'ASP di _____ - Ufficio LR n. 8/99

☐ SI

AUTORIZZA

☐ NON SI

Il Responsabile dell'Ufficio
