

Spett.le  
ATS della Val Padana  
Via dei Toscani, 1 - 46100 Mantova  
PEC [protocollo@pec.ats-valpadana.it](mailto:protocollo@pec.ats-valpadana.it)  
Email [urp@ats-valpadana.it](mailto:urp@ats-valpadana.it)

DOMANDA DI RIMBORSO SPESA SOSTENUTA IN REGIME DI SOLVENZA PER LA  
SOMMINISTRAZIONE DEL VACCINO ANTINFLUENZALE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_), il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ (C.A.P.) \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Riferimenti telefonici: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

nella sua qualità di:

- Interessato     Genitore/altro familiare/tutore     Erede o delegato

RICHIAMATI i contenuti della Deliberazione n. XI/4048 del 14/12/2020 \*

CHIEDE

il rimborso delle spese sanitarie sostenute in regime di solvenza, pari a euro \_\_\_\_\_, per la somministrazione del vaccino antinfluenzale fruito in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ fino ad un massimo della tariffa riconosciuta di euro 32,00:

per sé stesso/a

per il/la minore o il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_), il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ (CAP \_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

A tal fine allega, pena la non ammissibilità della richiesta, la documentazione di seguito riportata:

- copia documento di identità e del codice fiscale di chi sottoscrive la richiesta;
- copia della fattura/quietanza di pagamento relativa alla somministrazione del vaccino antinfluenzale;

### DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

- di essere stato residente/assistito in Lombardia al momento della fruizione della prestazione;
- di appartenere alla popolazione target ossia appartenere alla seguente categoria:
  - soggetto di età pari o superiore a 60 anni;
  - soggetto fragile;
  - operatore sanitario o altro soggetto addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo;
  - donna in gravidanza;
  - donatore di sangue;
  - personale che per motivi di lavoro è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani;
- di non aver già presentato analogha domanda precedentemente alla presente richiesta;
- di non aver richiesto/ottenuto rimborso per la somministrazione del vaccino antinfluenzale da parte di altri soggetti (assicurazioni, datore di lavoro, ecc.);
- di assumersi la responsabilità di adeguare l'importo delle spese sanitarie detraibili dalla dichiarazione dei redditi tenuto conto dell'eventuale rimborso riconosciuto;
- di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e/o di dichiarazioni mendaci, saranno soggetti alle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, secondo quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché alla revoca del beneficio eventualmente conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. n. 445/2000.

### INDICA

- il seguente codice IBAN per l'eventuale rimborso

I T \_\_\_\_\_

intestato a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

IL/LA DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
(firma estesa e leggibile)

\* Deliberazione n. XI/4048 del 14/12/2020:

.....“di stabilire che i cittadini facenti parte della popolazione target con diritto alla gratuità come indicato nelle premesse del presente provvedimento, per la somministrazione del vaccino antinfluenzale possano chiedere all’ATS competente un rimborso massimo pari a 32 euro per l’eventuale somministrazione del vaccino effettuata a pagamento a far data dall’avvio della campagna vaccinale, a fronte della presentazione all’ATS di riferimento della seguente documentazione:

- o ricevuta di pagamento;
- o autocertificazione attestante appartenenza alla popolazione target..... “

“.....il Ministero della Salute ha individuato, nella citata circolare, il 75% come obiettivo minimo perseguibile per i gruppi target (soggetti di età pari o superiore a 65 anni, soggetti fragili, operatori sanitari e altri soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo, donne in gravidanza, donatori di sangue, personale che per motivi di lavoro è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani );”

“.....la necessità di garantire la somministrazione del vaccino antinfluenzale attraverso tutte le componenti del Sistema Sanitario Lombardo a tutti i soggetti aventi diritto, ivi inclusi i soggetti di età compresa tra i 60 e i 64 anni in considerazione dell’adesione di Regione Lombardia alla raccomandazione del Ministero della Salute;”

**INFORMATIVA PRIVACY:** ai sensi degli articoli 13 e 14 Regolamento UE n. 679/2016. I dati personali, compresi i dati particolari, trattati dall’Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana sono raccolti per le finalità della presente procedura di rimborso. Il loro trattamento è svolto sia in forma cartacea sia mediante strumenti informatici e telematici. La base giuridica del trattamento dei dati è l’articolo 17 bis comma 1 della Legge n. 27 del 24/04/2020 anche in riferimento all’articolo 9 par. 2 lett. g), h), i) del Reg. UE 2016/679 nonché all’articolo 2 sexies comma 2 lett. t) e u) D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i. Titolare del trattamento è l’ATS della Val Padana nella persona del Direttore Generale – Legale Rappresentante pro tempore. Responsabili del Trattamento dei dati sono i Dirigenti Responsabili dei Servizi/Unità Operative coinvolti nel procedimento attivato per le finalità sopra indicate. L’informativa completa, anche dei diritti esercitabili dall’interessato, è pubblicata sul sito web dell’ATS della Val Padana, Sezione Privacy.