



Dipartimento per la Programmazione Accreditamento Acquisto
delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie

SC Integrazione e rapporti interdipartimentali per lo sviluppo del
polo ospedaliero e del polo territoriale

DOMANDA RIMBORSO SPESE PER CURE DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE ALL'ESTERO (artt.6 e 7 D.M. 3/11/1989, DPCM 1/12/2000 e DGR 20153 del 23/12/2004)

Il/la sottoscritto/a..... codice fiscale.....
nato/a a..... ilcittadinanza.....
residente a..... in via
telefono e-mail.....
con riferimento all'autorizzazione/Mod.S2 rilasciato da codesto Ente in data

CHIEDE

- ☐ **per sé**
☐ **per conto di:**

cognome.....nome.....
nato/a a..... il.....
cittadinanza.....
residente a..... in via.....
codice fiscale..... iscritto negli elenchi dell'ASST.....

In qualità di
(genitore, amministratore di sostegno o altro soggetto formalmente delegato)

Il rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie di Altissima Specializzazione fruite presso il
Centro Estero.....
.....
dal..... al..... per un totale di eurocome specificato:



Dipartimento per la Programmazione Accredитamento Acquisto
delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie

SC Integrazione e rapporti interdipartimentali per lo sviluppo del
polo ospedaliero e del polo territoriale

VALUTA**CAMBIO****EURO (€)****SPESE SANITARIE**

(degenza, intervento, esami,
protesi, ecc.)

**PRESTAZIONI LIBERO
PROFESSIONALI**

TRASPORTO O VIAGGIO ASSITITO



Dipartimento per la Programmazione Accreditamento Acquisto
delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie

SC Integrazione e rapporti interdipartimentali per lo sviluppo del
polo ospedaliero e del polo territoriale

VIAGGIO ACCOMPAGNATORE

ALTRE SPESE

TOTALE



Dipartimento per la Programmazione Accreditamento Acquisto
delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie

SC Integrazione e rapporti interdipartimentali per lo sviluppo del polo ospedaliero e del polo territoriale

Si chiede che l'importo da rimborsare venga accreditato sul

C/C.....

Intestato a

Presso.....

Codice IBAN:

[illegible]

(si prega di differenziare le lettere dagli zeri)

Data.....

Firma.....



Dipartimento per la Programmazione Accreditemento Acquisto
delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie

SC Integrazione e rapporti interdipartimentali per lo sviluppo del
polo ospedaliero e del polo territoriale

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI RIMBORSO PER CURE AD ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE ALL'ESTERO

- **Documenti originali di spesa quietanzati** o copie contabili bancarie relative ai pagamenti;
- Copie contabili bancarie per pagamenti in valuta diversa dall'Euro;
- Copia cartella clinica o relazione sanitaria del Centro estero dove è stato fruito il ricovero e/o le cure, **tradotta in lingua italiana**, a carico dell'assistito;
- Dichiarazione di congruità del Consolato italiano della località dove è avvenuto il ricovero e/o sono state effettuate le cure (per prestazioni effettuate in centri di natura privata);
- Autocertificazione della composizione e del reddito lordo del nucleo familiare (Dichiarazione sostitutiva del);
- Dichiarazione ISEE anno..... **(in caso di cure neuro riabilitative)**.

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo www.ats-valpadana.it. Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è reperibile presso la sede dell'Agenzia di Tutela della Salute della Valpadana, può essere contattato utilizzando i recapiti istituzionali dell'ente (protocollo@pec.ats-valpadana.it) indicati sul sito web www.ats-valpadana.it ed è il seguente soggetto:

DPO	PARTITA IVA E C.F.	Via/Piazza	CAP	Comune	Rappresentante del DPO
LTA S.R.L.	14243311009	Via della Conciliazione, 10	00193	Roma	Recupero Luigi