Al Direttore Amministrativo Territoriale
AST di Ascoli Piceno

L.R. 7/21— DOMANDA RIMBORSO SPESE VIAGGI A SUPPORTO DELLE CURE PER PRESTAZIONI ONCOLOGICHE

Il/la sottoscritto/a_____ Cod. Fiscale _____ Tel._____

residente a _____ (…...) via _____

e domiciliato in _____via_____ n. ___e-mail_____

- **In qualità di diretto interessato:**
- **In qualità di genitore del minore** *(esercente la responsabilità genitoriale)* _____ Cod. Fiscale_____
- **In qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno di** *(con Decreto di nomina allegato)*:_____ Cod. Fiscale_____
- **In qualità di erede di** _____ Cod. Fiscale _____ deceduto il ____/____/_____
- **In qualità di delegato** di _____ Cod. Fiscale _____con delega allegata del_____

consapevole delle sanzioni penali cui va incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizioni di atto falso o contenenti datti non rispondenti a verità ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

CHIEDE

Il riconoscimento del RIMBORSO per le spese sostenute, nel rispetto del tetto massimo rimborsabile previsto dalla LR 7/21, per essersi recato dalla propria residenza/domicilio a: _____e ritorno,
con il seguente mezzo di trasporto:

☐ MEZZO PUBBLICO (si allegano i biglietti di viaggio)
☐ MEZZO PROPRIO / FAMILIARI / TERZI
☐ TAXI
☐ TAXI SANITARIO
☐ AMBULANZA

A tal fine **DICHIARA:**

di aver avuto la necessità di essere accompagnato/a dal Sig./ra:_____Cod. Fiscale:_____ come da certificazione medica allegata . ***(In assenza di certificazione attestante la necessità dell'accompagnatore, le spese sostenute non verranno rimborsate)***

COMUNICA

Che l'importo dovrà essere accreditato intestato a:_____ _____ Cod. Fiscale _____

CODICE IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (NO LIBRETTI POSTALI)

esonerando fin d'ora l'AST di Ascoli Piceno da ogni responsabilità conseguente alla eventuale delega.

Data _____

Firma dichiarante

_____

Informativa breve sul trattamento dei dati personali ex artt. 13-14 Reg. UE 2016/679 "GDPR"
La procedura relativa al rimborso spese a supporto delle cure oncologiche in oggetto comporta il trattamento dei dati personali degli assistiti da parte dell'ASUR Marche, quale titolare del trattamento. Il trattamento di dati personali è attuato su richiesta dell'interessato e la procedura è attuata da ASUR Marche nell'interesse pubblico nel settore della sanità pubblica e per finalità amministrative correlate a quelle di diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale. Il trattamento è effettuato con modalità manuali e informatiche, nel rispetto di misure di sicurezza adeguate alla protezione dei dati. La presentazione dell'istanza è facoltativa, ma fornire i propri dati è necessario per lo svolgimento della procedura. I dati raccolti sono quelli da Voi forniti tramite l'apposito modulo e saranno elaborati dal personale ASUR Marche, che agisce sulla base di specifiche istruzioni. Il trattamento riguarda anche dati sensibili (c.d. particolari). I dati sono trasmessi ai competenti Uffici e Unità Operative per il corretto svolgimento del servizio e possono essere comunicati all'esterno solo per obblighi di legge o solo in caso di soggetti appositamente individuati e istruiti quali responsabili del trattamento al fine di permettere il corretto espletamento delle procedure. I dati sono forniti dall'interessato o, in sua vece, da chi ne esercita la rappresentanza legale. Il dichiarante può esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del GDPR, ivi compreso il diritto al reclamo all'Autorità Garante (info: https://www.garanteprivacy.it), nei limiti previsti dagli artt. 23 GDPR, 2-undecies e 2-duodecies Codice Privacy. Non sono previsti processi decisionali automatizzati né trasferimenti extra UE. I dati saranno conservati per il termine previsto dalla legge. Ulteriori informazioni come l'informativa generale utenti, il modulo per l'esercizio dei diritti indicati o i dati di contatto del RPD, sono disponibili nel sito web istituzionale, sezione Privacy, o presso gli appositi uffici.