

Prot. in entrata N. _____ del _____

Allegato B

Spett.le Direzione Amministrativa Ospedaliera e
Funzioni di Front/Back Office – Ancona
Email: *ufficioestero.av2@sanita.marche.it*

Istanza di rimborso per spese sostenute per cure di alta specializzazione all'estero

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

il ____/____/____ residente a _____ (cap _____)

Via _____ n. _____ telefono n. _____

CHIEDE

ai sensi dell'Art. 6 D.M. 03/11/1989 e della Determina ASURDG n. 15 del 12/01/2022, di recepimento DGRM n. 1323 del 3 novembre 2021, il **rimborso delle spese di carattere sanitario** sostenute nel periodo

_____ presso la struttura sanitaria estera _____

_____ Stato _____

ed eventuale concorso alle ulteriori spese ai sensi della Delibera di Giunta Regione Marche n. 638 del 23/5/2005 (vitto e alloggio limitatamente ai soggetti riconosciuti portatori handicap ai sensi della L.104/92)

per sé - Cod. Fisc. _____

per _____ Cod. Fisc. _____

in qualità di _____ (familiare/tutore/fiduciario ecc...)

In particolare il sottoscritto chiede il rimborso delle spese:

per prestazioni medico-sanitarie

per il viaggio, effettuato con il seguente mezzo di trasporto _____

e sostenute:

- per sé
- per l'accompagnatore (preventivamente autorizzato)

- ulteriori provvidenze erogabili ai soggetti riconosciuti portatori di handicap ai sensi della Legge 104 del 05/02/92 (DGRM n. 638 del 23/05/2005, concorso sulle spese di mantenimento, vitto e alloggio, rimaste a carico, percentuale variabile del 80% o 100% - parametro dichiarazione ISEE in corso di validità).

A tale fine allega:

- Documentazione relativa alle prestazioni sanitarie usufruite;
- Originali delle fatture e/o ricevute, quietanzate ed intestate all'assistito, elencate (**allegato 1B**) e sottoscritte;
- Certificato delle locali rappresentanze diplomatiche o consolari attestante la natura pubblica o privata della struttura di alta specializzazione le cui tariffe siano approvate o controllate dalle locali autorità competenti. (*Le autorità come sopra specificate dovranno, altresì, vidimare gli originali delle fatture emesse dal centro di alta specializzazione direttamente a nome dell'assistito nel caso in cui, pur in presenza del diritto di assistenza "diretta" la struttura si sia fatta anticipare le spese*);

Chiede inoltre che il rimborso venga effettuato mediante bonifico

presso _____

IBAN n. _____

Conto intestato a _____

Data, _____

Firma _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)

Il/La sottoscritto _____

nato/a a _____ *il* _____

residente a _____ *in* _____

AUTORIZZA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

DATA _____ *(Firma leggibile)* _____