

Contributo spese viaggio e soggiorno in sanatoria L.R. 202/79

Istanza in sanatoria (L.R.202/79 e 20/86) da presentare entro un mese dalla dimissione dell'avvenuto ricovero corredata di:

- Certificazione specialistica rilasciata dalla struttura pubblica Reg.le attestante estrema urgenza-emergenza;
- cartella clinica relativa al ricovero fruito;
- documentazione sanitaria e amministrativa richiesta per L.R.202/79.

Istanza Mod. IND-IT/6 SANATORIA

- documentazione sanitaria e amministrativa richiesta
- l'ufficio provvede alla trasmissione della documentazione alla Comm.San. Reg.le
- la Comm.San.Reg.le, valutata la sussistenza dei presupposti sanitari , comunica all'Az. San. competente il parere motivato per l'autorizzazione richiesta.
- l'Az. San. Prov.,acquisito il parere provvede o meno al contributo per il rimborso delle spese sanitarie sostenute dall'assistito.

RICHIESTA DI CONTRIBUTO ALLE SPESE DI VIAGGIO E SOGGIORNO

(Riquadro da compilarsi a cura dell'assistito o di un suo familiare)

Spett. A.S.P. di _____

I sottoscritt _____ nat _____ il _____

a _____ codice fiscale _____

residente in _____ via _____

chiede che vengano concessi i benefici previsti dalla l.r. 202/79 e 20/86 al Sig. _____

nat _____ il _____ a _____ codice fiscale _____

residente in _____ via _____

il quale si è recato a _____ presso il centro _____

per usufruire di prestazioni sanitarie.

Fa presente che, come da certificazione sanitaria allegata, le condizioni del paziente **NECESSITANO** **NON NECESSITANO** della presenza di un accompagnatore.

Mezzo di trasporto richiesto _____

_____ (data) _____

ALLEGATI:

- Copia codice fiscale del richiedente
- Cartella clinica o relazione medica di dimissione dell'avvenuto ricovero
-

FIRMA

(Riquadro da compilarsi a cura della azienda ASP)

ALLEGATI PRODOTTI DALL'A.S.P. di Ragusa

- Copia ultimo parere della commissione sanitaria regionale
-

Estremi del protocollo della presente istanza: n. _____ del _____

Firma dell'addetto al servizio

REGIONE SICILIANA
ASP- RAGUSA

**Consenso da parte dell'interessato al trattamento ed alla
comunicazione dei dati idonei a rivelare lo stato di salute.**

Il /la sottoscritto/a nato/a a il
e residente a in via numero civico
dopo essere stato informato ai sensi dell'art. 10 della legge sulla privacy (L- 675/96) e, in
particolare, dopo essere stato informato dei propri diritti nei confronti del trattamento dei
dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale; preso atto che i trattamenti
verranno effettuati, comunque, nei limiti posti dalla legge, inclusi i profili inerenti la
salvaguardia della loro riservatezza

ESPRIME

il proprio consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano da parte di tutte le
strutture della Azienda U.S.L. n. 7 ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie
correlate all'oggetto della prestazione; esprime il proprio consenso al trattamento dei propri
dati ai fini statistici, epidemiologici e di ricerca scientifica, ivi includendovi la
comunicazione, la diffusione e il trasferimento all'estero, nei casi previsti dalla legge, dal
regolamento dell'Azienda o comunque effettuati nell'ambito delle sue finalità istituzionali;

CONSENTE

che sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute alle sotto indicate persone
(SEGNARE CON UNA CROCETTA LA VOCE CHE INTERESSA):

- NESSUNO**
- CONIUGE E FIGLI**
 - solo informazioni generiche di salute
 - emergenze
 - ogni informazioni
 - nessuna informazione
- ALTRA PERSONA (indicare quale)**
 - solo informazioni generiche di salute
 - emergenze
 - ogni informazione
 - nessuna informazione
- AMICI E CONOSCENTI**
 - solo informazioni generiche di salute
 - emergenze
 - ogni informazione
 - nessuna informazione
- ORGANI DI STAMPA – RADIO – TELEVISIONE**
 - solo informazioni generiche di salute
 - emergenze
 - ogni informazione
 - nessuna informazione

FIRMA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(ART. 46 D.P.R. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000)**

Il/ la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a _____ (_____) il _____

residente a _____ (_____) in via _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000

DICHIARA

Di essere nato/a _____ (RG) il _____

Di essere residente a _____

Che la famiglia convivente si compone di:

(Cognome e nome) (luogo e data di nascita) (rapporto di parentela)

Situazione reddituale o economica ai fini della concessione dei benefici di qualsiasi tipo previsti da leggi speciali, per l'anno _____ è la seguente _____

IL DICHIARANTE

(luogo, data)

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

A.S.P. DI RAGUSA

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/la sottoscritt

Nat il

Residente a

Via

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità e ad ogni effetto di legge che per la pratica relativa al

.....
.....
.....

non ha richiesto e non richiederà rimborsi o contributi ad altri Enti o Società di Assicurazioni.

Data

FIRMA