

DOMANDA DI ACCONTI
Art. 6 comma 13 D.M. 03/11/1989

Questo modulo può essere inviato:

- **preferibilmente** via pec a direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it
- per posta all'indirizzo UOC GESTIONE AMMINISTRATIVA ANAGRAFE ASSISTITI E PROTESICA, Azienda Usl Toscana nord ovest, via A. Cocchi, 7/9 - 56124 Pisa
- consegnato a mano presso gli uffici protocollo della Azienda Usl Toscana nord ovest

Al Direttore Generale Azienda Usl Toscana nord ovest

Att.ne Ufficio Assistenza all'Estero

Azienda Usl Toscana nord ovest



Io sottoscritto/a
nato/a il a prov.
codice fiscale
residente a
in via n. cap.
Tel.
email
Indirizzo PEC

CHIEDO

☐ **Per me stesso;** ☐ **Per il minore;** ☐ **Per altri**

(in qualità di: ☐ delegato; ☐ genitore/tutore; ☐ amministratore di sostegno)

NB: per persona gravemente non autosufficiente, allegare decreto del Tribunale nomina Tutore o amm. sostegno.

Cognome e nome
nato/a il a prov.
codice fiscale

L'ANTICIPO DELLE SPESE

a norma dell'art. 6 comma 13 del D.M. 03/11/1989 e ss.mm.ii, di cui all'autorizzazione del CRR rilasciata in data .

A tale scopo:

- ☐ **Allego Preventivo di spesa analitico;**
- ☐ **Mi impegno**, in caso di non utilizzo o di parziale utilizzo dell'acconto ricevuto, **alla restituzione totale o parziale** dello stesso tramite bonifico bancario alla tesoreria della AUSL.

CHIEDO altresì che l'erogazione degli acconti avvenga:

- ☐ Con accredito sul conto corrente bancario/postale n.
presso l'Istituto di credito
Agenzia
IBAN
Intestato a

DICHIARO inoltre:

- di essere consapevole che in caso di false attestazioni e dichiarazioni mendaci, oltre ad essere tenuto alla restituzione delle somme rimborsate, incorrerò nelle sanzioni penali ai sensi del D.P.R. 445/2000;
- di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679. I riferimenti per consultare l'informativa sul trattamento dati sono nel box a destra di questo modulo.

Luogo e data

Firma del Richiedente (o suo delegato/tutore/amm. di sostegno)

NB: Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, **alla presente dichiarazione sottoscritta deve essere allegata anche una fotocopia fronte/retro di documento di riconoscimento valido del dichiarante.**

Direttore

U.O.C. Gestione Amministrativa
Anagrafe Assistiti e Protesica
Dr. ssa Caterina Ricci

Responsabile del procedimento:

ICO "Gestione Assistenza e autorizzazioni cure all'estero, rilascio modulistica internazionale "

Dr. ssa Claudia Mazzaccheri

e mail:

assistenzaestero@uslnordovest.toscana.it

t

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento UE 2016/679 sono disponibili al seguente link :
<https://www.uslnordovest.toscana.it/privacy>

Azienda Usl

Toscana nord ovest

sede legale

via Cocchi, 7

56121 - Pisa

P.IVA: 02198590503