

DOMANDA DI ACCONTO
Ex art. 4 DPCM del 01/12/2000

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

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

la corresponsione degli acconti

a norma dell'ex art. 4 DPCM 01/12/2000 e ss.mm.ii. (Acconto sulla spesa sanitaria presumibile comprensiva delle spese di soggiorno dell'accompagnatore) di cui all'autorizzazione del CRR rilasciata in data .

A tale scopo:

- ☐ **Allego Preventivo di spesa analitico;**
- ☐ Certificazione ISEE di tutti i componenti il nucleo familiare di appartenenza;
- ☐ **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 del contributo 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.**

Azienda Usl Toscana nord ovest



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