

ALLEGATO 10
DOMANDA DI CONCORSO NELLA SPESA
DPCM 01/12/2000 NEURORIABILITAZIONE

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

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

CHIEFDO

- per me
 per il minore
 per altri (in qualità di delegato / tutore / amministratore di sostegno)

cognome e nome _____

codice fiscale

la corresponsione degli acconti a norma dell'ex art. 4 DPCM 2000 e s.m. (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:

- Fotocopia dichiarazioni ISEE di tutti i componenti il nucleo familiare di appartenenza;
 - documentazione spese sanitarie in originale o copia conforme ai sensi della legge vigente, di viaggio e di soggiorno *(anche dell'accompagnatore) rimaste a carico non coperte dall'S2 regolarmente quietanzate e tradotte in lingua italiana qualora la documentazione sia in lingua diversa da inglese e francese;
 - spese di soggiorno e confort alberghiero in albergo/struttura collegati al centro, nel caso in cui non sia previsto ricovero ospedaliero (solo per i portatori di handicap l.104/92 art.11) ;
 - spese di soggiorno dell'accompagnatore, in quanto le spese sanitarie sono già state presentate in fase di richiesta di rimborso.
(Nel caso di ospedalizzazione del portatore di handicap, allegare la dichiarazione della struttura ospedaliera attestante la necessità di accompagnatore durante la degenza

CHIEDO altresì che il pagamento del contributo avvenga:

- Con accredito sul conto corrente bancario/postale n. _____
Presso l'Istituto di credito _____
Agenzia _____

IBAN

A horizontal row of 20 empty square boxes for writing responses.

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, incorre nelle sanzioni penali ai sensi del D.P.R. 445/2000.

DICHIARO 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.

Data.

firma del richiedente _____
(o suo delegato/tutore/amm. di sostegno)



Regione Toscana

**AIUTACI A RISPARMIARE
CARTA E TEMPO!**

Questo modulo è editabile, significa che lo puoi compilare dal computer senza stamparlo e salvarlo sul tuo PC per il successivo invio.

Ricorda di scrivere il tuo indirizzo PEC personale (se lo hai).

Firmalo digitalmente (formato PADES) se possiedi la firma elettronica personale.

Una volta compilato, scegli l'invio per email.

Titolare del trattamento dati

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento UE 2016/679 sono disponibili all'indirizzo:

<https://www.uslnordovest.toscana.it/privacy/2-non-categorizzato/1986-informativa-generale>

oppure scansiona il QR code

