

<sup>1</sup> Allegare dichiarazione sostitutiva sottoscritta e resa dal tutore, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, nella quale attesti la propria qualità di tutore del beneficiario del rimborso ed indichi l'autorità che ha emesso il decreto di nomina e gli estremi dell'atto di nomina.

- ☐ certificazione di invalidità civile al 100% o disabilità in condizione di gravità ai sensi della Legge n. 104/1992 (*allegare la relativa certificazione*)
- ☐ attestazione del Centro trapianti extraregionale rilasciata sulla base di specifico protocollo adottato o di specifiche indicazioni legate alla tipologia di trapianto (*allegare la relativa attestazione*)
- ☐ esclusivamente per il giorno dell'intervento di trapianto (o ritrapianto, o interventi conseguenti ad eventuali complicanze) ed i due giorni successivi.

### **DICHIARA**

1. che, in riferimento all'art. 3 della stessa L.R. 12/2019:

- a. la prestazione non era erogabile in Regione Toscana per assenza di specifico programma di trapianto (indicare di seguito il programma di trapianto extra regionale che permette l'esecuzione delle prestazioni non erogabili in Regione Toscana):  
\_\_\_\_\_
- b. il paziente era stato iscritto in una lista di attesa regionale per un tempo superiore allo standard (indicare il Centro regionale presso il quale l'assistito risulta iscritto in lista di attesa e la relativa data di iscrizione):  
\_\_\_\_\_;
- c. il paziente risultava già iscritto in lista regionale per trapianto renale, ma ha usufruito della possibilità di effettuare la seconda iscrizione in altra lista extra regionale (indicare sia il Centro regionale che il Centro extraregionale presso il quale l'assistito risulta essere iscritto o aver intrapreso il percorso per l'iscrizione in lista di attesa per il trapianto di rene):  
\_\_\_\_\_;
- d. che il paziente era stato giudicato non idoneo al trapianto presso un centro trapianti della Toscana (allegando copia della relativa valutazione di non idoneità);
- e. che il paziente minore di età era già iscritto nella lista nazionale pediatrica/aveva intrapreso il percorso finalizzato a tale iscrizione, e il Centro extraregionale presso il quale è stato intrapreso il percorso è il seguente:  
\_\_\_\_\_.

2. che la fascia di reddito annuo del NUCLEO FAMILIARE di appartenenza del paziente ai fini IRPEF oppure il valore ISEE è:

- ☐ fino a Euro 36.151,98
- ☐ tra Euro 36.151,99 e Euro 70.000,00
- ☐ tra Euro 70.001,00 e Euro 100.000,00

### **A TAL FINE ALLEGA<sup>2</sup>:**

**Documentazione sanitaria** (barrare la documentazione prodotta):

- 1) documentazione rilasciata dal Centro trapianti extra regionale di \_\_\_\_\_ certificante le prestazioni eseguite, comprensiva della relazione clinica e del piano di cura
- 2) eventuale certificazione del Centro trapianti extra regionale di \_\_\_\_\_ che attesti la necessità di sanificare, dopo l'avvenuto trapianto, l'alloggio di temporanea permanenza del paziente fuori regione

<sup>2</sup> Tutti i titoli di spesa (ricevute fiscali, fatture o scontrini fiscali) dovranno essere allegati in originale. Nel caso di acquisto del biglietto ferroviario o aereo mediante internet, può essere presentata la stampa del biglietto elettronico. I documenti di spesa relativi all'alloggio devono essere intestati al paziente o all'accompagnatore

Per maggiori informazioni, anche in merito ai tempi di conservazione e all'individuazione del responsabile del trattamento dei dati, è possibile consultare la pagina <http://www.uslnordovest.toscana.it/privacy/2-non-categorizzato/1986-informativa-generale>