

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE
per residenti in Toscana che si recano presso i centri di trapianto extraregionali
(L.R. 21 febbraio 2019, n. 12)

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ prov.
(____)

il _____ residente a _____ prov. (____)

Via/Piazza _____

Codice Fiscale

Codice Fiscale

Codice Fiscale

Codice Fiscale

Codice Fiscale | [Privacy Policy](#) | [Cookie Policy](#) | [Sitemap](#)

tel. _____ cellulare _____
mail: _____

main: _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii, in quanto (*barrare la voce corrispondente*): in quanto GENITORE/TUTORE LEGALE¹ di:

Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita: _____

Codice fiscale: _____

Residente in: _____

CHIEDE

1. il rimborso relativamente alle spese sostenute per di vitto, alloggio, e viaggio (vedi documenti fiscali allegati) per il minore e l'accompagnatore Sig/ra _____ nato/a _____ il _____ residente a _____ in via _____ per le prestazioni effettuate presso il Centro Trapianti extraregionale di _____ dal _____ al _____ per le seguenti motivazioni (*barrare la voce corrispondente*)

- visita di valutazione per inserimento in lista di attesa per trapianto di organo/CSE, esami preliminari, tipizzazione
- visita di controllo per il mantenimento in lista di attesa, procedure diagnostiche e chirurgiche in previsione del trapianto
- intervento di trapianto o di re-trapianto
- ricovero per complicanze post trapianto
- controlli post trapianto

a tal fine

DICHIARA

che, il minore

- è già iscritto nella lista nazionale pediatrica
- ha intrapreso il percorso finalizzato alla iscrizione nella lista nazionale pediatrica

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

A TAL FINE ALLEGA²:

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

Documentazione non sanitaria (in originale):

- 1) titoli di viaggio, specificare _____
- 2) dichiarazione dei chilometri percorsi, la data del viaggio, luogo di partenza e di destinazione con allegati eventuali ricevute autostradali e di parcheggi, in caso di utilizzo del mezzo privato;
- 3) documentazione di spesa di vitto e di alloggio, incluse le spese di sanificazione dell'alloggio fuori regione
- 4) Altro: _____

CHIEDE PERTANTO

dopo la verifica dei requisiti da parte del CRAOT – Centro Regionale di Allocazione Organi e Tessuti, come previsto da Drgt 738/2019, di veder accreditato il rimborso previsto dalla normativa vigente sul conto corrente bancario/postale:

intestato a: _____

C.F. _____

e si impegna a comunicare ogni eventuale successiva modifica.

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo al fine dell'applicazione dei rimborsi connessi alle procedure di trapianto di organi presso centri trapianto collocati in altre regioni, previsto dalla L.R. 12/2019, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

1. l'Azienda USL Toscana Nord Ovest, è il **Titolare del trattamento** dei Suoi dati personali (indirizzo: Via Antonio Cocchi 7/9 - Pisa; telefono: 050 9541111; indirizzo di posta elettronica: protocollo-pisa@uslnordovest.toscana.it; Pec: direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it)
2. Il conferimento dei suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude i benefici derivanti dall'applicazione della LR Toscana 12/2019. I dati raccolti *saranno comunicati a al CRAOT - Centro Regionale di allocazione organi e tessuti, articolazione organizzativa dell'Organizzazione Toscana Trapianti (OTT) come previsto dal DRGT 738/2019 e non saranno oggetto di diffusione, ma verranno trattati in forma anonima ai fini degli obblighi sulla trasparenza di cui al D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.*
3. I suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
4. Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che la riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati (rpd@uslnordovest.toscana.it).
5. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>)

. 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>

² 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