

## Delibera CRT n.373/1996

- **preferibilmente** via pec a [direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it](mailto: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 sottoscritta/o \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

codice fiscale

residente a

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

□ per me

□ per il minore

☐ per altri (☐ in qualità di delegato / ☐ tutore / ☐ amministratore di sostegno)

cognome e nome

codice fiscale \_\_\_\_\_

il rimborso del contributo straordinario ex art. 7 comma 4 del D.M. 03/11/1989 relativamente alle spese sanitarie sostenute durante il ricovero avvenuto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'Ospedale di \_\_\_\_\_

di cui all'autorizzazione del CRR rilasciata in data

A tale scopo allego:

☐ documentazione in originale o copia conforme agli originali delle spese rimaste a carico sia sanitarie \*(Tickets, fatture per onorari in L.P.) che di viaggio.

☐ Fotocopia dei modelli 101, 201, 730, 740 di tutti i componenti il nucleo familiare, ai fini fiscali, a dimostrazione dei redditi percepiti nell'anno precedente a quello della domanda, o autocertificazione relativa;

☐ Autocertificazione relativa all'invalidità (ai fini dell'applicazione art. 11 Legge 104/92):

☐ spese di soggiorno e comfort 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)

☐ Altro

**CHIEDO** altresì che il pagamento del contributo avvenga:

☐ Con accredito sul conto corrente bancario/postale n. \_\_\_\_\_

Presso l'Istituto di credito \_\_\_\_\_

Agenzia

IBAN

[illegible]

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)

\* si richiede traduzione in lingua italiana, qualora la documentazione sia in lingua diversa da inglese e francese



Regione Toscana

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

