

**DOMANDA DI CONCORSO NELLA SPESA**  
DPCM 01/12/2000 NEURORIABILITAZIONE

- **preferibilmente** via pec a [direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it](mailto:direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it)

- consegnato a mano presso gli uffici protocollo della Azienda Usl Toscana Nord Ovest

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

residente a \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

□ 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 \_\_\_\_\_

☐ 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**[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)



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.

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

