Al Dirigente U.O.C. Convenzioni Strutture Private Accreditate e Trasporti Sanitari – AST Ancona

D.G.R.M. 8/5/2019 n. 531 – DOMANDA CONTRIBUTO SPESE A SUPPORTO DELLE CURE ONCOLOGICHE PRESTAZIONI FRUITE DAL 19/04/2019 AL 10/06/2021

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____

il __ __ / __ __ / __ __ __ __ Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residente a _____ Via _____

tel. cellulare o fisso _____ Indirizzo email _____

IN QUALITÀ DI

☐ diretto interessato

☐ genitore del minore

☐ tutore/curatore/amministratore di sostegno di (*allegare Decreto di nomina*)

☐ erede *(allegare atto notorio eredi)*

☐ delegato *(allegare delega)*

di: _____ C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CHIEDE

Il riconoscimento del CONTRIBUTO per le spese sostenute, nel rispetto del tetto massimo rimborsabile previsto dalla DGR 531/19, per essersi recato/a dalla propria residenza a: _____
con il seguente mezzo di trasporto:

☐ MEZZO PUBBLICO ☐ MEZZO PROPRIO/DI FAMILIARI/DI TERZI ☐ AMBULANZA

A tal fine

DICHIARA

di avere avuto la necessità di un accompagnatore: Sig./ra _____

C. F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, come da certificazione medica allegata.
(In assenza di certificazione attestante la necessità dell'accompagnatore le spese sostenute non verranno rimborsate)

di essere 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. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 D.P.R. 445/2000);

che le somme delle quali richiede il rimborso sono state effettivamente pagate e che non ha goduto di altri rimborsi per lo stesso titolo da parte di enti pubblici o privati.

di aver avuto la prescrizione TERAPEUTICA presso la struttura: _____
per le seguenti prestazioni:

☐RADIOTERAPIA ☐ CHEMIOTERAPIA ☐ IMMUNOTERAPIA Periodo _____

☐ CHIRURGIA ONCOLOGICA _____ Periodo _____
Specificare

☐ TRIAL CLINICI _____ Periodo _____
Specificare

COMUNICA

che l'importo dovrà essere accreditato nel conto corrente ☐ proprio, oppure ☐ intestato a (*allegare delega*):

_____ C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

IBAN |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data _____ Firma dichiarante _____

Informativa breve sul trattamento dei dati personali ex artt. 13 e 14 del regolamento generale sulla protezione dei dati UE 2016/679 "GDPR"
TITOLARE DEL TRATTAMENTO: Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Ancona - Sede: Viale C. Colombo 106 - 60127 Ancona (AN) - PEC: ast.ancona@emarche.it
RESPONSABILE PROTEZIONE DATI (DPO) Tel.: 071.2911517 - e-mail: dpo.ast.an@sanita.marche.it
****

Riservata Ufficio:

Protocollo n. _____ Data _____