DGRM n. 531 dell' 8 Maggio 2019 – RICHIESTA CONTRIBUTO SPESE ONCOLOGICHE
Al Direttore Amministrativo Territoriale - Area vasta : _____

Io sottoscritto/a _____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nato/a il ___/___/_____ a _____ tel. Cellulare (o fisso) _____
Residente a _____ CAP _____ Prov. _____
Via _____ n. _____ Indirizzo e-mail o PEC _____
☐ In qualità di diretto interessato
☐ In qualità di genitore (con la potestà legale) del minore: _____
nato/a il ___/___/_____ a _____ Prov. _____
☐ In qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno di (cognome e nome)
_____ nato/a il ___/___/_____ a _____ Prov. _____
☐ In qualità di erede di (cognome e nome): _____
nato/a il ___/___/_____ a _____ deceduto il _____/___/_____

DICHIARO

di aver avuto la prescrizione TERAPEUTICA presso la struttura: _____

CHIEDO

La liquidazione del **CONTRIBUTO/ RIMBORSO** per il costo sostenuto per cui allega la documentazione per la spesa risultante come da ricevute fiscali e fatture allegate fino al tetto massimo individuato come da DGRM n. 531 dell' 8 Maggio 2019

Data: Firma

SPAZIO RISERVATO AI PROFESSIONISTI (TEAM TECNICO)

Nota bene: nel caso in cui i cittadini chiedono di eseguire le prestazioni fuori regione, va richiesta al Centro regionale di Riferimento una AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA al contributo spese su indicazione del Team Tecnico attraverso gli Uffici Amministrativi del Distretto di appartenenza

CODICE NOMENCLATORE _____

Motivazione clinica:

_____
_____
_____
_____

VALUTAZIONE SPECIALISTICA

CATEGORIA

◯ a) Cittadini che chiedono di recarsi fuori Regione poiché si rende necessario, per elevata complessità di intervento per una particolare casistica, come per esempio tumori rari o trattamenti chirurgici ad altissima complessità, per i quali l'expertise clinico regionale non può essere garantito a causa della bassa numerosità;

◯ b) Cittadini che chiedono di recarsi all'interno del Sistema Sanitario Regionale per tutte le situazioni di radioterapia o comunque di chirurgia oncologica che trovano risposta solo in alcuni Centri qualificati della Regione;

◯ d) trattamenti Trial Clinici non garantiti a livello regionale, considerati quale utile opportunità terapeutica per l'assistito

_____

PARERE PROFESSIONALE DELLO SPECIALISTA

◯ RIMBORSABILE ◯ NON RIMBORSABILE ◯ PRESTAZIONE EROGATA A LIVELLO REGIONALE

◯ INVIO PER VALUTAZIONE AL CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO

Riservata Ufficio :

richiesta consegnata in data Protocollo n. Firma Operatore