**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