

Consegna: ☐ a mezzo e-mail ☐ allo sportello (uffici e orari su <http://www.asuit.tn.it/>)

RIMBORSO SPESE PER VISITE OCCASIONALI

Assistenza sanitaria indiretta

A pena di decadenza la domanda deve essere presentata entro sei mesi dalla data di effettuazione della spesa

Il/La sottoscritto/a _____ sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ il _____
- di essere iscritto/a al Servizio Sanitario Provinciale
- di essere residente a _____ via _____
- tel. _____ e-mail _____
- codice fiscale _____
- che per la prestazione di cui alla presente domanda non sono stati richiesti rimborsi ad altri organismi pubblici o privati; **solo in caso contrario specificare l'eventuale importo, pari a €** _____
- che tutta la documentazione presentata in fotocopia o con altro mezzo di riproduzione degli originali ai fini del rimborso per le prestazioni medico sanitarie usufruite, corrisponde al vero e riproduce esattamente e fedelmente i documenti originali
- che tutta la documentazione prodotta riguarda prestazioni sanitarie effettuate ed erogate solo ed esclusivamente al sottoscritto o al familiare per cui si presenta la pratica;
- di prendere atto che i documenti, se consegnati in originale, non verranno restituiti;
- di essere informato che ASUIT non svolge attività di consulenza fiscale e che quindi il sottoscritto è responsabile personalmente delle dichiarazioni rese in proprio ai fini di sgravio fiscale all'Agenzia delle Entrate (DPR n. 917/86);
- di accettare che ASUIT possa richiedere, la presentazione della documentazione in originale, con garanzia di restituzione, dopo i dovuti controlli

CHIEDE

il rimborso spese per la visita occasionale

☐ per se stesso

☐ per la persona sotto indicata in qualità di esercente la potestà genitoriale, di tutore, curatore o amministratore di sostegno

cognome nome _____	nato/a _____	il _____
residente a _____ via _____		
codice fiscale _____		
residente in provincia di Trento iscritto al Servizio Sanitario Provinciale		

effettuata dal/la dott./ssa _____ convenzionato/a con SNN

☐ domiciliare

☐ ambulatoriale

fruita in data _____ a _____

Si prega di accreditare il rimborso, qualora ne ricorra il diritto, sul seguente n. di conto corrente:

IT _____
 Banca _____ Intestatario _____

Si allegano i seguenti documenti (**obbligatori ai fini dell'accettazione della domanda**):

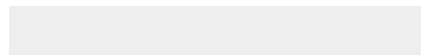
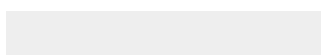
- n. ricevute/fatture quietanzate _____
- documento di identità del maggiorenne richiedente

INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

1. I dati personali forniti nell'ambito della presente domanda verranno trattati esclusivamente per le seguenti finalità: esecuzione di un compito di interesse pubblico di cui è investita ASUIT ed in particolare per l'erogazione delle prestazioni previste dalla normativa nazionale (DPCM 12 gennaio 2017) e provinciale (deliberazioni Giunta Provinciale) in materia di livelli essenziali ed aggiuntivi di assistenza.
2. Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per dar corso al procedimento di cui alla presente domanda e per tutte le attività connesse (quali, ad esempio, attività di controllo e consultive). Il rifiuto al conferimento dei dati comporterà l'impossibilità di dar corso alla presente domanda e di espletarne il relativo procedimento.
3. I dati personali saranno comunicati all'Istituto Bancario da Lei eventualmente indicato nella presente domanda ai fini del pagamento/rimborso e ad altri soggetti pubblici come previsto dal regolamento Provinciale per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari. Ai fini del controllo della veridicità delle dichiarazioni sostitutive contenute nella domanda, i dati personali potranno essere comunicati inoltre ad altri soggetti pubblici.
4. L'Azienda, oltre ai dati forniti con la presente domanda, può raccogliere per le finalità sopra indicate dati personali comuni presso i registri anagrafici comunali ed i CAF.
5. Il trattamento sarà effettuato con modalità cartacee e con strumenti informatici/elettronici con logiche atte a garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati stessi. I dati saranno trattati, esclusivamente per le finalità sopracitate, da personale dipendente e, in particolare, da Preposti al trattamento dei dati personali (Dirigenti), appositamente nominati, nonché da Addetti al trattamento dei dati, specificamente autorizzati ed istruiti. Sempre per le finalità indicate, i dati potranno essere trattati da soggetti che svolgono attività strumentali per ASUIT, che prestano adeguate garanzie circa la protezione dei dati personali e nominati Responsabili del trattamento, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.
6. È esclusa l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.
7. I dati personali saranno conservati secondo quanto previsto dal manuale di gestione degli archivi disponibile nel sito ASUIT
8. I dati personali non saranno trasferiti fuori dell'Unione Europea.
9. Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino con sede in via Degasperi n. 79 a Trento a cui l'interessato potrà rivolgersi per far valere, nei casi previsti, i diritti di cui al Capo III del Regolamento, tramite l'ufficio URP sito a Palazzo Stella in Via Degasperi, n. 77 – 38123 Trento – tel. 0461/904172 urp@asuit.tn.it.
10. Preposto al trattamento dei dati personali è il Dirigente del Servizio amministrazione Ospedale Territorio competente per funzione o per residenza dell'assistito.
11. L'interessato per le questioni relative al trattamento dei propri dati personali può rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati (RPD) i cui dati di contatto sono i seguenti: Via Degasperi, 79 – 38123 Trento, e-mail ResponsabileProtezioneDati@asuit.tn.it
12. L'interessato ha diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di illecito trattamento o di ritardo nella risposta del Titolare a una richiesta che rientri nei diritti dell'interessato..

DATA

FIRMA



*con la firma apposta in calce alla domanda si attesta di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali
ai sensi del regolamento UE 2016/679.*

Informazioni ai sensi del DPR 445/2000

Se l'interessato è minore firma uno dei genitori o chi ha la potestà genitoriale (art. 5). Se l'interessato è interdetto/inabilitato firma il tutore/curatore (art. 5). Nel caso in cui l'interessato si trovi temporaneamente impedito a causa del suo stato di salute può firmare il coniuge, o, in sua assenza, il figlio, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (art. 4). Qualora la presente istanza non venisse firmata dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione perché inviata tramite servizio postale o con altra modalità, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 del DPR 445/2000). Si rende noto che l'istanza contiene dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/00 ed è quindi soggetta alle pene previste dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000.

Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione è stata:

- ☐ sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto.
- ☐ sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(timbro dell'ufficio e firma del dipendente addetto)
