

Consegna on line personale**RICHIESTA DI NULLA OSTA PER CURE ODONTOIATRICHE**

- competenza TERRITORIALE del Servizio amministrazione territoriale -

Il/La sottoscritto/a _____	
DICHIARA sotto la sua personale responsabilità:	
di essere nato/a a _____	il _____
di essere residente a _____	via _____ n. _____
☎ _____	☒ _____ codice fiscale _____
<input type="checkbox"/> di essere residente in Provincia di Trento ed iscritto al SSP da almeno tre anni alla data di oggi o in alternativa di rientrare nei casi eccezionali di deroga a tale requisito previsti dalle disposizioni provinciali vigenti attuative della L.P. 22/2007;	
<input type="checkbox"/> che la persona sotto riportata per la quale richiede il nulla osta è residente in Provincia di Trento ed iscritto/a al SSP da almeno tre anni alla data di oggi o in alternativa di rientrare nei casi eccezionali di deroga a tale requisito previsti dalle disposizioni provinciali vigenti attuative della L.P. 22/2007;	
<input checked="" type="checkbox"/> di essere in possesso dell'indicatore ICEF in corso di validità, inferiore a 0,20 , ove richiesto dalle suddette disposizioni;	
<input checked="" type="checkbox"/> di aver preso contatto con il CUP in data _____ per poter ottenere un appuntamento con il servizio pubblico o convenzionato diretto ma che lo stesso ha inserito il proprio nominativo o quello della persona per cui si presenta domanda, in lista di attesa in quanto l'appuntamento richiesto <u>non era disponibile entro 45 giorni dalla data della richiesta (condizione obbligatoria)</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> di appartenere ad una delle sotto indicate categorie:	
<input type="checkbox"/> Minori anni 18 <input type="checkbox"/> cure secondarie <input type="checkbox"/> protesica mobile <input type="checkbox"/> protesica fissa <input type="checkbox"/> ortodonzia	
<input type="checkbox"/> Nuclei a bassa condizione econ./patrim. <input type="checkbox"/> cure secondarie <input type="checkbox"/> protesica mobile <input type="checkbox"/> protesica fissa	
<input type="checkbox"/> Anziani di almeno 65 anni <input type="checkbox"/> cure secondarie <input type="checkbox"/> protesica mobile <input type="checkbox"/> protesica fissa	
<input type="checkbox"/> Donne in gravidanza oltre il 3° mese <input type="checkbox"/> cure secondarie	
<input checked="" type="checkbox"/> Di scegliere il dott. _____ iscritto nella liste CAO;	
<input checked="" type="checkbox"/> di essere consapevole che le fatture andranno emesse dal professionista richiesto e nei modi e nei tempi previsti dalla normativa vigente	

CHIEDO IL RILASCIO DEL NULLA OSTA

per l'accesso all'assistenza indiretta odontoiatrica presso ambulatori e studi odontoiatrici privati non convenzionati ed aderenti alle citate linee guida e protocolli operativi ed iscritti nelle liste CAO

-
- per la persona sotto indicata, residente ed iscritta al SSP, in qualità di:
-
-
- esercente la responsabilità genitoriale
-
- di tutore
-
- curatore
-
- amministratore di sostegno
-
-
- Altro _____

cognome nome _____	nato/a a _____	il _____
residente a _____	via _____	n. _____
☎ _____	☒ _____	
codice fiscale _____		

Al fine del rilascio del nulla osta allego:

-
- copia documento identità;
-
-
- dichiarazione ICEF in corso di validità;

ACCETTO TUTTE LE DIPOSIZIONI RIPORTATE DI SEGUITO:

1. l'accesso all'assistenza indiretta è ammesso solo presso studi e ambulatori odontoiatrici privati non convenzionati che hanno dichiarato l'adesione alle linee guida e protocolli del SSP;
2. **il rimborso:**
 - a) è garantito solo rispetto alle prestazioni comprese nel Nomenclatore Tariffario delle disposizioni provinciali vigente al momento dell'erogazione delle prestazioni/della richiesta del rimborso;
 - b) è calcolato in funzione delle tariffe e delle limitazioni previste da tale Nomenclatore dedotta la quota di compartecipazione a carico dell'assistito in funzione dell'indicatore ICEF, valido al momento erogazione/rimborso. La differenza fra le tariffe applicate dal professionista privato non convenzionato ed il rimborso garantito dal SSP rimane quindi a carico del sottoscritto;
 - c) è riconosciuto solo se permangono i requisiti di accesso previsti dalle suddette disposizioni al momento dell'erogazione/rimborso;
 - d) è liquidato alla conclusione delle cure;
 - e) devono essere rispettati i "tempi massimi per la chiusura del piano di cura" (= conclusione prestazioni) e le limitazioni previste dal Nomenclatore vigente al momento rimborso/erogazione;
3. le categorie di soggetti e le prestazioni ammissibili all'assistenza indiretta sono esclusivamente:
 - per i minori di anni 18: cure secondarie, protesiche mobili e fisse, ortodonzia;
 - per i nuclei a bassa condizione economica/patrimoniale: cure secondarie e protesiche mobili e fisse;
 - per gli anziani di almeno 65 anni: cure secondarie e protesiche fisse e mobili;
 - per le donne in gravidanza oltre il 3° mese: cure secondarie.
4. non sono ammissibili all'assistenza indiretta, in quanto assistiti in forma diretta dalle strutture pubbliche di ASUIT, le seguenti categorie di soggetti: disabili psichici e psico-fisici, soggetti con patologie generali gravi e patologie specifiche e con elevato rischio infettivo;
5. il nulla osta ha validità temporale limitata, un anno dal rilascio per le cure secondarie e protesiche, due anni per l'ortodonzia, termini prorogabili con relazione sanitaria del professionista;
6. nel caso di cure ortodontiche sono ammissibili al rimborso solo i trattamenti con grado 3-4-5 del modello di valutazione delle mal occlusioni "indice di necessità di trattamento ortodontico" IOTN da attestare da parte dell'odontoiatra privato non convenzionato;
7. per ottenere il rimborso si deve presentare ad ASUIT presso l'Ambito Territoriale di riferimento, entro e non oltre un mese dalla data di conclusione delle prestazioni, o di scadenza dell'anno ortodontico, la seguente documentazione:
 - a) fattura quietanzata delle spese sostenute recante i codici del nomenclatore delle prestazioni fruite, con indicazione dell'elemento dentario trattato con riferimento del costo singolo per ogni codice da nomenclatore;
 - b) modulo a firma del professionista indicante:
 - la data di conclusione e inizio delle cure o nel caso di cure ortodontiche l'anno di riferimento
 - nel caso di cure ortodontiche attestazione il grado IOTN (mal occlusione dentale)
 - il rispetto dei vincoli temporali e di fattibilità delle prestazioni
 - riepilogo delle fatture emesse con i relativi riferimenti
 - i codici da nomenclatore, il nr. dell'elemento dentario trattato e la data del trattamento.

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 "Prontuario di conservazione dei documenti e dei fascicoli" disponibile nel sito dell'Azienda al seguente indirizzo web: www.asuit.tn.it/direttive-aziendali.
8. I dati personali non saranno trasferiti fuori dell'Unione Europea.
9. Il titolare del trattamento dei dati personali è ASUIT con sede in via Degasperì 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 Degasperì, n. 77 – 38123 Trento – tel. 0461/904172 urp@asuit.tn.it.
10. Preposto al trattamento dei dati personali è il Dirigente del Servizio amministrazione territoriale.
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 Degasperì, 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

13. 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 445/00**

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, i figli o, 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)