

ALLEGATO B

***Al Direttore Generale
Tramite
Ufficio per le Relazioni con il Pubblico
Indirizzo mail: urp.nuoro@aslnuoro.it***

Oggetto: Richiesta di rimborso per prestazioni specialistiche di primo accesso- Percorsi di tutela.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

C.F. _____ residente in _____

via _____ cell. _____

E-mail _____

Ai sensi della D.G.R. n. 30/17 del 21.08.2024

Ai sensi del D. Lgs n. 124/1998

DICHIARA

(Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

- che in data _____ sentito il Cup regionale è stato/a informato/a che il primo posto disponibile per effettuare la prestazione è previsto per il giorno _____ presso la Struttura/ Presidio Ospedaliero _____ e pertanto di non aver potuto usufruire della prestazione entro i tempi di garanzia previsti.
- che in data _____ è stata trasmessa dal Responsabile dell'URP o suo delegato l'autorizzazione ad effettuare la prestazione di primo accesso in regime di intramoenia/presso una struttura accreditata.
- che in data _____ la prestazione in oggetto è stata erogata presso la struttura/presidio ospedaliero _____ dal libero professionista _____

DICHIARA ALTRESÌ

☐ 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. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.

☐ di sapere che l'Azienda ASL n. 3 di Nuoro si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità di quanto dichiarato (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

CHIEDE

Il rimborso delle spese sostenute pari a € _____;

A tal fine allega alla presente:

1. fotocopia documento di identità fronte e retro in corso di validità;
2. fotocopia tessera sanitaria;
3. fotocopia dell'impegnativa relativa alla prescrizione medica per visita specialistica o esame diagnostico;
4. autorizzazione ad effettuare la prestazione di primo accesso in regime di intramoenia/presso una struttura accreditata a firma del Responsabile dell'URP o suo delegato;
5. fattura quietanzata relativa a visita specialistica o esame diagnostico effettuato;
6. numero IBAN di conto corrente sul quale effettuare il rimborso.

Si autorizza il trattamento dei dati personali in base al D. Lgs. 196/2003, coordinato con il D. Lgs. 101/2018, e al Regolamento UE 2016/679.

_____, ____/____/____

Firma
