



MODELLO M

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' AL FINE DI RICHIESTA DI RIMBORSO PER UTENTI IN TRATTAMENTO DIALITICO, PAZIENTI ONCOLOGICI CHE NECESSITANO DI CURE PER CENTRI ACCREDITATI FUORI PROVINCIA E VACCINI IPOSENSIBILIZZANTI.

Il/La sottoscritto/a _____ Delegato _____
(nome e cognome del diretto interessato / delegante) (nome e cognome dell'utente delegato)

Nato/a a _____ (_____), il _____
(prov.)

Residente a _____ (Località) (_____) via _____ N. Civico _____
(prov.)

C.A.P. _____ C.F. _____
(Campo obbligatorio) (Codice fiscale) (Campo obbligatorio)

Documento di riconoscimento: _____ n. _____
(Tipo documento) (Numero)

Consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, così come stabilito dall'art. 76 del DPR 445/00 e che decadono i benefici ottenuti sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA'

Di essere in trattamento dialitico e di recarmi presso il Centro Dialisi di _____ con:

- MEZZO PROPRIO

- MEZZO PUBBLICO Indicare quale _____

Allego:

1. tesserini di esenzione o certificazione attestante lo stato morbososi rilasciata dal Medico specialista di struttura Pubblica o Privata accreditata.

2. attestazione rilasciata dal Centro Dialisi delle sedute di trattamento eseguite nel /nei mese/i:

3. ricevute/biglietti dei mezzi pubblici eventualmente utilizzati.

Di essere ipersensibile al veleno da punture degli imenotteri.

Allego:

1. certificazione rilasciata da uno specialista di struttura pubblica che dichiara l'ipersensibilità alle punture degli imenotteri e contenente la prescrizione del vaccino.

fattura quietanzata dell'acquisto del vaccino.

Di essere paziente oncologico e di necessitare di cure presso centri accreditati specializzati fuori provincia di Ferrara e di recarmi presso il Centro di _____ con:

- MEZZO PROPRIO

- MEZZO PUBBLICO Indicare quale _____

Allego:

1. dichiarazione rilasciata da uno specialista oncologo operante presso uno degli ospedali della provincia di Ferrara attestante la diagnosi e la necessità di cura presso un Centro Specialistico Accreditato fuori dalla provincia di Ferrara.

2. attestazione rilasciata dal Centro Specializzato Accreditato delle sedute di cure eseguite nel/nei mese/i di _____

3. ricevute/biglietti dei mezzi pubblici eventualmente utilizzati.

PERTANTO CHIEDO IL RIMBORSO DI :

- spese di trasporto euro _____ (specificare solo in caso di utilizzo di mezzi pubblici)

- costo del vaccino euro _____

Sono a conoscenza che i certificati e i documenti trasmessi possono contenere soltanto le informazioni necessarie per il perseguimento delle finalità per cui vengono richiesti e che il trattamento dei dati personali di cui al D. Lgs. 196/2003 avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti di legge ed esprimo il mio consenso.

- chiedo che il rimborso avvenga con riscossione diretta presso le filiali Cassa di Risparmio di Bologna indicate sul mandato di pagamento;

- chiedo che il rimborso avvenga con Bonifico Bancario (Postale) senza addebito di alcuna competenza presso:

_____, Filiale di _____
(Denominazione della banca o filiale alla quale verrà destinato il bonifico)

Codice ABI _____ Codice CAB _____ Codice CIN _____

Codice IBAN _____
(obbligatorio)

N.B. Nel caso in cui NON si richieda il rimborso tramite accredito su c/c bancario l'utente dovrà attendere l'arrivo di una comunicazione della banca e recarsi presso qualsiasi filiale della Cassa di Risparmio di Ferrara munito di tale comunicazione, codice fiscale e documento di riconoscimento valido accedendo così al ritiro della somma rimborsata.

_____, li _____ Firma _____

=====**Riservato all'Azienda U.S.L. di Ferrara**=====

PARERE DEL DIRIGENTE SANITARIO _____

LIQUIDAZIONE DEL FUNZIONARIO AMM.VO _____

IMPORTO EURO _____