

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dal T.U. n. 445/2000:

**DICHIARA** <sup>(a)</sup>

1) di essere nato/a in <sup>(b)</sup> \_\_\_\_\_ ;

2) di essere residente in \_\_\_\_\_ ;

3) di essere CELIBE / NUBILE / CONIUGAT <sup>(c)</sup> \_\_\_\_\_ ;

4) di essere cittadino/a italiano/a secondo le risultanze del Comune di \_\_\_\_\_ ;

5) di godere dei diritti politici;

6) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ ;

7) da atto della propria esistenza in vita;

8) che il/la figlio/a di nome \_\_\_\_\_ è nato/a in data \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ ;

9) che <sup>(d)</sup> \_\_\_\_\_ nato/a in \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ in vita residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

unito/a al/la sottoscritto/a dal seguente rapporto di parentela \_\_\_\_\_

è morto/a in data \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ;

10) di essere nella seguente posizione agli effetti militari: \_\_\_\_\_ ;

11) di appartenere ad una delle seguenti categorie:

Invalidi militari di guerra

Invalidi civili di guerra

Profughi

Invalidi per servizio

Invalidi Civili

Vedove di guerra

Orfani di guerra

Vedove di caduti per cause di servizio o sul lavoro

Orfani di caduti per cause di servizio o sul lavoro

Ciechi

Sordomuti

Invalidi del lavoro

Ex tubercolotici

A nessuna delle predette categorie

12) che la famiglia convivente si compone di <sup>(e)</sup>:

N. d'ord	COGNOME E NOME	NASCITA		Rapporto con il/la dichiarante	REDDITO
		LUOGO	DATA		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

(a) barrare le voci che interessano;

(b) indicare il Comune di nascita e tra: parentesi la provincia;

(c) indicare lo stato civile: celibe, nubila, coniugato/a con \_\_\_\_\_ ; vedovo/a \_\_\_\_\_ ; già coniugato;

(d) indicare cognome e nome, data e luogo di nascita e residenza del deceduto e il rapporto di parentela (coniuge, genitore o figlio, con il dichiarante);

(e) indicare cognome e nome, data e luogo di nascita dei singoli componenti la famiglia e il rapporto con il dichiarante;

- 13) di avere inoltrato domanda di invalidità civile e/o accompagnamento in data \_\_\_\_\_ ;
- 14) di scegliere il Centro Riabilitativo \_\_\_\_\_ ;
- 15) di essere rientrat\_\_ da \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_ ;
- 16) il verbale di accertamento di invalidità civile e/o accompagnamento emesso in data \_\_\_\_\_  
non ha subito variazioni;
- 17) \_\_\_\_\_ ;

A tal fine allega:

- Cartella Clinica     Fattur\_\_ e/o bigliett\_\_ in originale     Prescrizione medico-specialistico
- Certificato di visita di controllo

La presente dichiarazione viene resa per le dichiarazioni di cui ai numeri \_\_\_\_\_  
Dichiara altresì di essere consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, nonchè dell'obbligo di restituzione di quanto concesso oltre all'eventuale risarcimento del danno riconosciuto in sede giudiziaria in seguito a procedimento penale attivato dalla Procura della Repubblica a seguito di denuncia.

\_\_\_\_\_  
Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

Luogo e data \_\_\_\_\_

Informativa ai sensi dell'art. 10 della Legge 675/96: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Ufficio \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Attesto che \_\_I\_\_ dichiarante \_\_\_\_\_  
identificat\_\_ mediante \_\_\_\_\_, il quale/la quale mi ha altresì  
dichiarato di non  poter  saper firmare in quanto \_\_\_\_\_  
I\_\_ stess\_\_ é stat\_\_ ammonit\_\_ sulle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace;  
resa e sottoscritta in mia presenza la suesesa dichiarazione.

IL FUNZIONARIO

\_\_\_\_\_

# **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(T.U. 445 / 2000)

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_  
Cognome Nome

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Luogo

residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Luogo

via \_\_\_\_\_

ben consapevole ed a conoscenza che l'art. 26 della legge n. 15 del 04/01/1968 testualmente enuncia:  
***"Le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla presente legge sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia"*** sotto la sua personale responsabilità,

## **DICHIARA**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 20 della Legge n. 15 del 04/01/68 atteso che il dichiarante, identificato mediante l'esibizione \_\_\_\_\_ ha reso e sottoscritto in mia presenza la suesposta dichiarazione previa l'ammonizione sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace.

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Timbro dell'Ente con qualifica e firma per esteso del Pubblico Ufficiale

FAC SIMILE—ALL. A

Sig. Direttore Generale

Azienda Sanitaria Provinciale di \_\_\_\_\_

Distretto Sanitario \_\_\_\_\_

Ufficio \_\_\_\_\_

**Oggetto. Richiesta autorizzazione preventiva per benefici Legge Regionale 8/99.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ appartenente all'ASP di \_\_\_\_\_ e residente nella Regione Calabria  
nel Comune di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_, domiciliato in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

PER SE STESSO

PER IL/IA FIGLIO/A \_\_\_\_\_

**L'AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA** per poter usufruire dei benefici di cui alla L.R. n. 8/99 per recarsi presso la  
Struttura Sanitaria Extraregionale \_\_\_\_\_

(Indicare Struttura Sanitaria Extraregionale e località).

**L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACCOMPAGNATORE** \_\_\_\_\_

(Nome di entrambi i genitori se assistito minore)

**TIPO DI PRESTAZIONE SANITARIA DA FRUIRE** \_\_\_\_\_

**SETTING ASSISTENZIALE** \_\_\_\_\_

(Indicare se in regime di ricovero o ambulatoriale)

**DATA E DURATA DELLA PRESTAZIONE** \_\_\_\_\_

Alla presente si allega la seguente documentazione:

- **CERTIFICAZIONE SPECIALISTICA** di Medico Specialista di struttura pubblica (ASP di appartenenza, ASP regionale o AO regionale) attestante la non fruibilità della prestazione nell'ambito del S.S.R.
- **STATO DI FAMIGLIA E CERTIFICAZIONE REDDITO**, mediante modello di Dichiarazione del Reddito presentata nell'anno precedente, attestante che il reddito lordo familiare non superi i 36.000,00 € annui.

Si esprime Dichiarazione liberatoria in cui si da atto che i benefici previsti dalla L.R. n. 8/99 e ss. mm. e ii. sono soggetti al limite invalicabile del budget annualmente assegnato dal Bilancio regionale e che, conseguentemente, vi è la possibilità che l'esiguità di detto budget comporti il rischio che il rimborso possa non essere riconosciuto o essere riconosciuto in misura ridotta rispetto all'effettivo esborso per viaggio e soggiorno sostenuto.

Si da atto, altresì, che il rimborso avverrà soltanto previo finanziamento della Regione Calabria e, pertanto, si rinuncia ad ogni contenzioso per l'ipotesi di ritardo.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. gs n. 196/2003.

In fede

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Spazio riservato per l'autorizzazione a cura dell'ASP di \_\_\_\_\_ - Ufficio LR n. 8/99

- SI  
AUTORIZZA  
 NON SI

Il Responsabile dell'Ufficio  
\_\_\_\_\_

FAC SIMILE—ALL. B

Sig. Direttore Generale  
Azienda Sanitaria Provinciale di \_\_\_\_\_  
Distretto Sanitario \_\_\_\_\_  
Ufficio \_\_\_\_\_

**Oggetto. Richiesta autorizzazione preventiva per benefici Legge Regionale 8/99.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ appartenente all'ASP di \_\_\_\_\_ e residente nella Regione Calabria  
nel Comune di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_, domiciliato in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**PER SE STESSO**

**PER IL/IA FIGLIO/A** \_\_\_\_\_

**IL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE** per recarsi presso la Struttura Sanitaria Extraregionale \_\_\_\_\_ per sottoporsi alla prestazione sanitaria \_\_\_\_\_.

Alla presente si allega:

- **CERTIFICAZIONE MEDICA** in originale della Struttura sanitaria extraregionale attestante l'avvenuta effettuazione della prestazione fruita dal paziente con indicazione del relativo setting assistenziale (in regime di ricovero o ambulatoriale) e la data di esecuzione;
- **DOCUMENTAZIONE PROBATORIA IN ORDIGINALE ATTESTANTE LE SPESE SOSTENUTE** (fatture quietanzate, ricevute di pagamento o equipollenti, ricevute fiscali, scontrini fiscali, biglietti di viaggio, ticket relativi a pedaggi autostradali).

In merito ai requisiti previsti, ai fini del rimborso, fa riferimento all'istanza di autorizzazione preventiva presentata presso codesta ASP in data \_\_\_\_\_

Si esprime Dichiarazione liberatoria in cui si da atto che i benefici previsti dalla L.R. n. 8/99 e ss. mm. e ii. sono soggetti al limite invalicabile del budget annualmente assegnato dal Bilancio regionale e che, conseguentemente, vi è la possibilità che l'esiguità di detto budget comporti il rischio che il rimborso possa non essere riconosciuto o essere riconosciuto in misura ridotta rispetto all'effettivo esborso per viaggio e soggiorno sostenuto.

Si da atto, altresì, che il rimborso avverrà soltanto previo finanziamento della Regione Calabria e, pertanto, si rinuncia ad ogni contenzioso per l'ipotesi di ritardo.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. gs n. 196/2003.

In fede

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Spazio riservato per l'autorizzazione a cura dell'ASP di \_\_\_\_\_ - Ufficio LR n. 8/99

- SI  
AUTORIZZA  
 NON SI

Il Responsabile dell'Ufficio