

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 ^(a)

1) di essere nato/a in ^(b) _____ ;

2) di essere residente in _____ ;

3) di essere CELIBE / NUBILE / CONIUGAT ^(c) _____ ;

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 ^(d) _____ 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 ^(e):

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, nonché 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 Euro 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