

OGGETTO : ISTANZA AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE 26/91

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____

In via _____ n° _____ Tel _____

Codice Fiscale n° _____

CHIEDE

Che ai sensi della Legge Regionale citata in oggetto, venga rilasciata l'autorizzazione a proprio favore in qualità di diretto interessato o del proprio familiare (minore) o per delega dello stesso.

_____/_____/_____
Nato/a _____ (_____) il _____

Residente a _____ (_____) _____

In via _____ n° _____ Tel _____

Codice Fiscale n° _____

Per fruire dei benefici economici (spese viaggio e soggiorno) per prestazioni sanitarie da effettuare (art.10 L.R. 26/91).

Per fruire dei benefici economici (spese viaggio e soggiorno) per prestazioni sanitarie effettuate per comprovata gravità e urgenza (art.13 L.R. 26/91).

Presso la seguente struttura pubblica o privata convenzionata, ubicata nel territorio

 Nazionale Estero

STRUTTURA : _____

DATA DELLA VISITA O DEL RICOVERO PREVISTO ____/____/____/

Il sottoscritto allega alla presente:

- certificazione sanitaria del Medico Specialista _____ motivante la necessità di usufruire di prestazioni sanitarie presso la struttura prescelta.
- documentazione sanitaria comprovante i requisiti di legge.

DICHIARA

- Di essere residente a _____
- di essere iscritto negli elenchi degli assistiti dell'ASL 2 di OLBIA Distretto di Tempio Pausania, e di essere a conoscenza che il rilascio dell'autorizzazione è soggetto alla verifica dei requisiti richiesti dalla L.R. 26/91;
- Di essere cittadino equiparato a _____ ai sensi del.....
- di essere cittadino informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs n.196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
- di autorizzare l'Ufficio ricoveri extraregione – L.R. 26/91 ad inviare ogni comunicazione riguardante la presente procedura al seguente indirizzo Mail _____

Data _____

Firma per ricevuta impiegato addetto

Firma leggibile del richiedente o suo delegato

(Timbro della struttura sanitaria di ricovero)

All'attenzione della
AZIENDA A.S.L. N°2 OLBIA
Distretto di Tempio Pausania
Ufficio ricoveri extra-regione
TEMPIO

DICHIARAZIONE

Si dichiara che nel/nei periodo/i di ^{* ricovero} ----- indicato/i nella apposita certificazione sanitaria rilasciata
Day Hospital

Al/alla paziente _____

Lo/ la stesso/a ----- ^{ha avuto} necessità della indispensabile e costante presenza dell'accompagnamento
^{non ha avuto}
nella persona o nelle persone di (1)

- _____
- _____

Si dichiara, inoltre che l'accompagnatore:

- ha fruito di ricovero a totale carico del fondo ospedaliero;
- ha fruito di ricovero a parziale carico del fondo ospedaliero Pernottamento Vitto;
- non ha fruito di ricovero a carico del fondo ospedaliero

_____, li _____

LA DIREIZIONE SANITARIA
O
IL MEDICO DEL REPARTO
(TIMBRO E FIRMA)

*cancellare le voci che non interessano

- 1) scrivere cognome e nome e se parente o amico

La presente dichiarazione non sostituisce la certificazione sanitaria attestante le prestazioni erogate e i relativi periodi e che deve essere ugualmente rilasciata.

La presente dichiarazione serve alla A.S.L. n°2 di Olbia per verificare la sussistenza e meno delle condizioni stabilite dalla Legge Regionale n°26/1991 della Regione Autonoma della Sardegna per poter erogare o meno l'accompagnatore/i del paziente il contributo forfetario di soggiorno previsto dalla stessa Legge.

OGGETTO: Richiesta contributi per spese sanitarie di viaggio e soggiorno L.R.26/91

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____

In Via _____ N° _____ Telef. _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

In conformità alla L.R. 26/91, la concessione del contributo per spese sanitarie di viaggio e soggiorno a proprio favore o in qualità di diretto interessato o del proprio familiare:

_____ / _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____

In Via _____ N° _____ Telef. _____

Codice Fiscale _____

In conformità alla L.R. 26/91, la concessione del contributo per spese sanitarie di viaggio e soggiorno in relazione al trasferimento per cure presso:

NAZIONALE

ESTERO

_____ denominazione dell'Istituto di ricovero o cura pubblico o accreditato con il S.S.N.

_____ sede ed indirizzo dell'Istituto di ricovero o cura accreditato con il S.S.N.

Allega alla presente domanda

- Certificato rilasciato dalla struttura ospedaliera attestante l'ammissione e la dimissione ovvero il controllo;
- Biglietti di viaggio.
- Chiede che la somma venga rimborsata mediante:

ASSEGNO CIRCOLARE NT

QUIETANZA DIRETTA

ACCREDITO SUL CC

Tempio Pausania _____ / _____ / _____

IL RICHIEDENTE
