

**Distretto Nord**  
**Servizio amministrazione ospedale-territorio**

**Ufficio Alta Specializzazione**  
Centro per i Servizi Sanitari – Viale Verona Palazzina B – 38123 Trento

*RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL RIMBORSO DELLA SPESA SANITARIA PER RICOVERO/PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE E RIMBORSO SPESE VIAGGIO E SOGGIORNO AI SENSI DELLA L.P. 33/88*

**Si prega di compilare la domanda in tutte le parti ed in maniera chiara e leggibile.**

DATI RICHIEDENTE

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

**D I C H I A R A**

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ di essere residente nel comune di \_\_\_\_\_

prov. (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

n° telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

di possedere il codice fiscale \_\_\_\_\_

☐ **di essere regolarmente iscritto al Servizio Sanitario Provinciale** (*requisito necessario*)

**C H I E D E**

DATI ASSISTITO

☐ per sé

☐ per il minore sottoindicato  
(in qualità di esercente la responsabilità genitoriale)

☐ per la persona sotto indicata  
(in qualità di tutore, curatore o amministratore di sostegno)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente nel comune di \_\_\_\_\_

prov. (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

n° telefono \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

**regolarmente iscritto al Servizio Sanitario Provinciale**

☐ **PREVENTIVAMENTE**

☐ **A POSTERIORI** (*solo nei casi di documentata urgenza e gravità*)

➤ ai sensi di quanto disposto dalla deliberazione della Giunta Provinciale n. 1484 dd. 28/06/2002 e ss.mm.,  
**L'AUTORIZZAZIONE AL RIMBORSO SPESE SANITARIE** per la fruizione di prestazioni sanitarie in regime di:

- |                                                      |                                              |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> di ricovero ordinario       | periodo di riferimento _____                 |
| <input type="checkbox"/> di ricovero in day hospital | periodo di riferimento _____ frequenza _____ |
| <input type="checkbox"/> ambulatoriale               | periodo di riferimento _____ frequenza _____ |
| <input type="checkbox"/> altro                       | periodo di riferimento _____                 |

presso la seguente struttura sanitaria:

.....  
(indicare nome e luogo del presidio sanitario)

sita ☐ in **ITALIA** ☐ all'**ESTERO**

➤ contestualmente, ai sensi di quanto disposto dalla L.P. n. 33/88, **L'AUTORIZZAZIONE** al:

rimborso delle spese di viaggio e soggiorno: ☐ per assistito  
☐ per un accompagnatore

sostenute con il seguente mezzo di trasporto: \_\_\_\_\_

**A supporto di tale istanza allega la seguente documentazione sanitaria:**

- certificato rilasciato dal dott. \_\_\_\_\_ specialista nella patologia da cui è affetto il paziente, operante in struttura sanitaria pubblica o convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale, redatto in data \_\_\_\_\_
- preventivo di spesa \_\_\_\_\_
- altro: \_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi del DPR 445/00**

Si rende noto che la suddetta istanza contiene dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/00 ed è quindi soggetta alle pene previste dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000. Qualora la presente istanza non venisse firmata dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione perché inviata tramite servizio postale o con altra modalità, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 del DPR 445/2000).

**INFORMATIVA ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679**

1. I dati personali forniti nell'ambito della presente domanda verranno trattati esclusivamente per le seguenti finalità: esecuzione di un compito di interesse pubblico di cui è investita l'Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino (di seguito "ASUIT") ed in particolare per l'erogazione delle prestazioni previste dalla normativa nazionale (d.p.c.m. 12 gennaio 2017) e provinciale (deliberazioni Giunta provinciale) in materia di livelli essenziali e aggiuntivi di assistenza.
2. Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per dar corso al procedimento di cui alla presente domanda e per tutte le attività connesse (quali, ad esempio, attività di controllo e consultive). Il rifiuto al conferimento dei dati comporterà l'impossibilità di dar corso alla presente domanda e di espletarne il relativo procedimento.

3. I dati personali saranno comunicati all'Istituto bancario da Lei eventualmente indicato nella presente domanda ai fini del pagamento/rimborso e ad altri soggetti pubblici come previsto dal Regolamento provinciale per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari. Ai fini del controllo della veridicità delle dichiarazioni sostitutive contenute nella domanda, i dati personali potranno essere inoltre comunicati ad altri soggetti pubblici.
4. L'ASUIT, oltre ai dati forniti con la presente domanda, può raccogliere per le finalità sopra indicate dati personali comuni presso i Registri anagrafici comunali.
5. Il trattamento sarà effettuato con modalità cartacee e con strumenti informatici/elettronici con logiche atte a garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati stessi. I dati saranno trattati, esclusivamente per le finalità sopracitate, da personale dipendente e, in particolare, da Preposti al trattamento dei dati personali (Dirigenti), appositamente nominati, nonché da Addetti al trattamento dei dati, specificamente autorizzati ed istruiti. Sempre per le finalità indicate, i dati potranno essere trattati da soggetti che svolgono attività strumentali per ASUIT, che prestano adeguate garanzie circa la protezione dei dati personali e nominati Responsabili del trattamento, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.
6. È esclusa l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.
7. I dati personali saranno conservati secondo quanto previsto dal Manuale di gestione degli archivi "Prontuario di conservazione dei documenti e dei fascicoli" disponibile nel sito dell'ASUIT al seguente indirizzo web: [www.asuit.tn.it](http://www.asuit.tn.it)
8. I dati personali non saranno trasferiti fuori dell'Unione Europea.
9. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino, con sede legale in via Degasperi n. 79 - 38123 Trento, a cui l'interessato potrà rivolgersi tramite l'ufficio URP sito a Palazzo Stella in via Degasperi, n. 77 - 38123 Trento - tel. 0461/904172 - [urp@asuit.tn.it](mailto:urp@asuit.tn.it) - [asuit@pec.asuit.tn.it](mailto:asuit@pec.asuit.tn.it)
10. Preposto al trattamento dei dati personali è il Dirigente del Servizio amministrazione territoriale.
11. L'interessato per le questioni relative al trattamento dei propri dati personali può rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati (RPD) dell'ASUIT i cui dati di contatto sono i seguenti: Via Degasperi, 79 - 38123 Trento, e-mail [ResponsabileProtezioneDati@asuit.tn.it](mailto:ResponsabileProtezioneDati@asuit.tn.it)
12. L'interessato ha diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di illecito trattamento o di ritardo nella risposta del Titolare a una richiesta che rientri nei diritti dell'interessato.

**Con la firma apposta in calce alla presente dichiarazione si attesta di aver preso visione dell'Informativa relativa al trattamento dei dati personali (articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679).**

Li \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

Firma

-----  
*Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione è stata:*

☐ sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto

\_\_\_\_\_  
(timbro dell'ufficio e firma del dipendente addetto)

☐ sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Certificato medico da allegare alla domanda

Io sottoscritto/a, dott./dott.ssa \_\_\_\_\_, in qualità di **medico specialista nella patologia da cui è affetto il paziente, operante in struttura sanitaria pubblica o convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale**, dichiaro di aver in cura il/la Signor/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, affetto/a da \_\_\_\_\_.

Per la cura di questa patologia dichiaro che il/la paziente da me seguito/a ha necessità di sottoporsi a:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

*(precisare nel dettaglio la natura delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche e l'eventuale necessità di assistenza)*

e che le medesime saranno poste in essere dai sanitari di \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

*(precisare la struttura sanitaria estera o non convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale).*

Dichiaro, inoltre, sotto la mia personale responsabilità, che quanto da me prescritto risulta appropriato alla cura della patologia da cui è affetto/a il/la paziente da me seguito/a ed in linea con gli standards di buona pratica clinica e che la struttura sanitaria da me espressamente indicata è idonea alla presa in carico dello/a stesso/a.

In fede.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma \_\_\_\_\_  
 leggibile

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE AL RIMBORSO SPESA SANITARIA  
PER PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE E AL RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO/SOGGIORNO**

**RIFERIMENTI NORMATIVI:**

Legge Provinciale 33/88 - Deliberazioni della Giunta Provinciale n. 960 del 2006; 1484 del 2002; n. 546 del 2011; n. 2192 del 2012

**BENEFICIARI:**

Soggetti iscritti al Servizio Sanitario Provinciale residenti in provincia di Trento

**AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA**

I cittadini iscritti al Servizio Sanitario Provinciale e residenti nella Provincia Autonoma di Trento possono fruire in forma indiretta dell'assistenza di alta specializzazione (per ricoveri, prestazioni od interventi di assistenza specialistica fruiti all'estero o fuori provincia) allorché tale assistenza non sia erogabile in maniera tempestiva e/o in forma adeguata alla particolarità del caso clinico, presso presidi pubblici o privati convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale ubicati in Italia o all'estero.

Sono considerati di alta specializzazione i ricoveri per prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione che richiedono specifiche professionalità del personale, non comuni procedure tecniche o curative o attrezzature ad elevata tecnologia.

I rimborsi per tali prestazioni sono subordinati ad autorizzazione del Centro di Riferimento per gli Interventi di Alta Specializzazione.

L'assistito deve pertanto **PREVENTIVAMENTE** presentare domanda di autorizzazione all'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino, in relazione alle prestazioni sanitarie necessarie e programmate. Per prestazioni ambulatoriali con cadenza ciclica la domanda può essere presentata in relazione ad un periodo temporale di riferimento e ad un numero di prestazioni.

Contestualmente può chiedere l'autorizzazione al rimborso delle spese di viaggio e soggiorno ai sensi della LP 33/88.

La domanda di autorizzazione può essere presentata **a posteriori solo in caso di documentata urgenza e gravità** (ricoveri in urgenza, trasferimenti tra ospedali, ecc).

Qualora autorizzata, la misura del concorso alla spesa sanitaria sostenuta è pari all'80% della stessa.

**PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL RIMBORSO**

L'assistito, o chi lo rappresenta giuridicamente, deve presentare all'Ufficio Alta Specializzazione:

- **domanda su modulo predisposto;**
- certificato compilato e sottoscritto dal **medico specialista nella patologia da cui è affetto il paziente, operante in struttura sanitaria pubblica o convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale** (PAGINA 4 DEL MODULO DI DOMANDA) che indichi: diagnosi e/o breve storia clinica, le prestazioni sanitarie di cui il/la paziente ha necessità, la presumibile durata dei trattamenti proposti, l'eventuale necessità di assistenza, il nome e la sede del centro di cura proposto;
- eventuale ULTERIORE DOCUMENTAZIONE (clinica o di altra natura), se finalizzata a fornire notizie utili alla valutazione (storia pregressa, continuità terapeutica, ecc.);
- preventivo di spesa;
- copia del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, qualora il modulo non sia firmato in presenza del funzionario addetto.

La domanda può essere presentata all'Ufficio Alta Specializzazione anche mezzo mail. È necessario far seguire l'originale della certificazione dello specialista.

**ITER PROCEDIMENTALE - COMUNICAZIONE ESITO**

**↳ VALUTAZIONE IN COMMISSIONE MEDICA**

L'autorizzazione al rimborso delle spese sanitarie, di viaggio/soggiorno è subordinata alla valutazione del Centro provinciale di Riferimento per gli Interventi di Alta Specializzazione.

A conclusione dell'istruttoria il richiedente verrà informato con nota scritta dell'esito dell'istanza e delle eventuali modalità per la presentazione della successiva richiesta di rimborso.

**➡ UFFICIO COMPETENTE:** Servizio amministrazione ospedale territorio – Ufficio alta specializzazione  
Centro per i Servizi Sanitari \* Viale Verona - Corpo B – 38123 Trento  
Tel. 0461 902267 – 0461 902797 – 0461 902364  
e-mail: [ufficioaltaspecializzazione@asu.it](mailto:ufficioaltaspecializzazione@asu.it)

L'accesso allo sportello è consentito solo previo appuntamento.