

Distretto Nord
Servizio amministrazione ospedale-territorio

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

RICHIESTA DI RIMBORSO DELLE SPESE DI VIAGGIO/SOGGIORNO AI SENSI DI QUANTO PREVISTO DALLA L.P. 33/88 E DALLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA PROVINCIALE N. 960/2006 E SS.MM.

Si prega di compilare la domanda in tutte le parti 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 risiedere nel comune di _____

prov. (____) in via _____ CAP _____

n° telefono/cell. _____ e-mail _____

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/cell. _____ Codice Fiscale _____

regolarmente iscritto al Servizio Sanitario Provinciale

☐ sulla base di autorizzazione di ASUIT

IL RIMBORSO DELLE SPESE DI VIAGGIO/SOGGIORNO
SOSTENUTE DAL RICHIEDENTE A SEGUITO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE FRUITE PRESSO:

_____ indicare nome e luogo della/delle struttura/e sanitaria/e
come specificato nella tabella di seguito compilata.

	RICOVERO ORDINARIO			SPESE DI VIAGGIO				SPESE DI SOGGIORNO			
	DATA AMMISSIONE	DATA DIMISSIONE	VISITE AMBULATORIALI DAY HOSPITAL (indicare data prestazione)	MEZZO		PERCORSO		A/R	ALBERGO/PARTAMENTO si/no	PASTI/ SPESA ALIMENTARE si/no	indicare periodo di soggiorno e n. occupanti l'alloggio
				PRIVATO (n. viaggi A/R)	PUBBLICO (indicare mezzo utilizzato)	LUOGO DI PARTENZA	LUOGO DI ARRIVO				
ASSISTITO											
ACCOMPAGNATORE (nome e cognome)	Indicare le date di accompagnamento per i ricoveri, le visite ambulatoriali e i day hospital, nonché il mezzo utilizzato, il percorso e l'eventuale soggiorno dell'accompagnatore.		DATE accompagnamento								
	PENDOLARISMO - nei soli casi di ricovero ordinario, in alternativa al soggiorno: indicare date, numero viaggi effettuati e percorso.		DATE pendolarismo								
									NO	NO	NO
									NO	NO	NO
									NO	NO	NO
									NO	NO	NO
									NO	NO	NO

NOTE :

Ai fini del rimborso il sottoscritto **ALLEGA**:

- ☐ attestazione di visita ambulatoriale/certificato di ricovero o, in alternativa, copia del referto o della relazione di dimissione (**ALLEGATO OBBLIGATORIO**);
- ☐ documentazione di spesa viaggio/soggiorno (biglietti mezzi trasporto pubblico, fatture quietanzate/ricevute albergo, affitto, pasti con esclusione delle spese voluttuarie e accessorie come bevande, telefonate, tv, ecc) (**SE PRESENTE**):
 - ☐ in originale (se presentata personalmente);
 - ☐ in copia (se inviata con mezzi telematici). In tal caso dichiara che:
 - che tutta la documentazione presentata in fotocopia o con altro mezzo di riproduzione degli originali ai fini del rimborso riproduce fedelmente i documenti originali e che gli stessi non sono stati presentati per la stessa finalità ad altri organismi pubblici o privati;
 - di accettare che ASUIT possa richiedere, per i dovuti controlli, la presentazione della documentazione in originale.

ed in aggiunta:

per i soli **assistiti che chiedono rimborso per l'accesso al Centro Fibrosi Cistica dell'Ospedale Maggiore di Verona** certificazione dello specialista attestante:

- ☐ la patologia (da presentare solo in occasione della prima richiesta);
- ☐ la necessità di permanere nelle vicinanze del presidio ospedaliero (*per rimborso spese di soggiorno dell'assistito*) e, in caso di assistito maggiorenne, l'eventuale necessità di assistenza (*per rimborso spese di soggiorno dell'accompagnatore*).

per i soli **assistiti arruolati dalle Unità Operative del SOP in trials clinici sperimentali**:

- ☐ certificazione medico del SOP attestante arruolamento in trials clinici sperimentali (da presentare solo in occasione della prima richiesta);
- ☐ certificazione dello specialista attestante la necessità di assistenza del paziente maggiorenne, ai fini del rimborso delle spese di viaggio/soggiorno dell'accompagnatore.

COORDINATE BANCARIE DEL RICHIEDENTE (compilazione OBBLIGATORIA)

IT(2 cifre)	CIN	ABI	CAB	N° C/C
IT				

Intestato a _____

Banca _____

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

- 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.
- 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.
- 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.
- 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
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 - 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
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).

Lì _____, _____

(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.

RICHIESTA RIMBORSO SPESE VIAGGIO E SOGGIORNO

Riferimenti normativi - Legge Provinciale 33/88; delibera della G.P. n. 960 del 2006; delibera della G.P. n. 2192 del 2012

Beneficiari

- Soggetti
- iscritti al Servizio Sanitario Provinciale;
 - residenti nella Provincia Autonoma di Trento;
 - in possesso di autorizzazione dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino (ove previsto).

Autorizzazione

Tutti i rimborsi di cui all'oggetto devono essere preventivamente autorizzati da ASUIT **ad eccezione** di quelli richiesti da:

- assistiti arruolati dalle Unità Operative del Servizio Ospedaliero Provinciale in trials clinici sperimentali fuori provincia;
- assistiti affetti da fibrosi cistica che accedono al Centro Fibrosi Cistica dell'Ospedale Maggiore di Verona;
- assistiti nefropatici che accedono a strutture fuori provincia per prestazioni inerenti il trapianto.

Per questi il termine ultimo per la presentazione della richiesta di rimborso è di un anno a decorrere da ogni singola prestazione sanitaria effettuata.

PRESENTAZIONE DOMANDA DI RIMBORSO

È necessario presentare modulo di domanda, compilato in tutte le sue parti e sottoscritto dall'assistito o da chi lo rappresenta giuridicamente, corredato dalla seguente documentazione:

- attestazione di visita ambulatoriale e/o certificato di ricovero o, in alternativa, copia del referto e/o della relazione di dimissione;
 - documentazione di spesa (se presente) da presentare **IN ORIGINALE o IN COPIA** (se trasmessa con mezzi telematici);
 - eventuali ulteriori allegati indicati nell'autorizzazione di ASUIT;
 - eventuali ulteriori allegati previsti nel modulo in relazione ai rimborsi agli assistiti che effettuano prestazioni sanitarie presso il Centro Fibrosi Cistica dell'Ospedale Maggiore di Verona ed agli assistiti arruolati dalle Unità Operative del SOP in trials clinici sperimentali fuori provincia;
 - copia del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, qualora il modulo non sia sottoscritto in presenza del funzionario addetto.
- La domanda va presentata all'Ufficio Alta specializzazione. Può essere inviata mezzo mail (ufficioaltaspecializzazione@asuit.tn.it).

DOCUMENTAZIONE DI SPESA E MODALITÀ RIMBORSO

SPESE DI VIAGGIO

VIAGGI IN AUTO: nel modulo di domanda è **NECESSARIO AUTODICHIARARE IL NUMERO DI VIAGGI, IL PERCORSO E LE RELATIVE DATE** (*non si raccolgono tagliandi di pedaggi autostradali, che vanno comunque trattenuti per eventuali successivi controlli, né scontrini per spese di carburante e parcheggi poiché non vengono rimborsati*).

Il rimborso viene effettuato con la seguente modalità: rimborso chilometrico nella misura di 1/5 del costo della benzina verde all'inizio del mese in cui è stato effettuato il viaggio per il totale dei KM calcolati d'ufficio con il supporto dell'applicativo Google Maps (tragitto chilometrico più breve).

VIAGGI CON MEZZI PUBBLICI: i documenti di viaggio devono essere allegati e devono riportare in modo chiaro l'importo, il percorso e la data di fruizione. Il rimborso viene effettuato con la seguente modalità:

- **TRENO:** l'importo rimborsabile è corrispondente al valore dei biglietti.
 - **AUTOBUS e METROPOLITANA:** l'importo rimborsabile è corrispondente al valore dei biglietti con un massimo di due accessi al giorno dalla dimora temporanea al presidio sanitario.
 - **TAXI:** l'importo rimborsabile - **che deve essere documentato da FATTURA QUIETANZATA (da richiedere espressamente al taxista prima del termine della corsa)** - è corrispondente al costo sostenuto con un massimo di due accessi al giorno dalla dimora temporanea al presidio sanitario.
 - **NAVE:** per determinare l'importo rimborsabile si avrà come riferimento il prezzo del biglietto nei limiti della classe turistica praticata dalle Compagnie.
 - **AEREO:** per determinare l'importo rimborsabile si avrà come riferimento il prezzo del biglietto nei limiti della classe turistica praticata dalle Compagnie.
- E' ammesso il rimborso delle spese di viaggio anche per il percorso dalla stazione e /o dall'aeroporto alla dimora temporanea o al presidio sanitario che eroga la prestazione autorizzata.

SPESE DI SOGGIORNO

- **FATTURE QUIETANZATE O RICEVUTE FISCALI** relative al pernottamento o alla locazione, intestate all'assistito o all'accompagnatore, riportanti l'esatto periodo di riferimento, il numero degli occupanti l'alloggio e, in caso di soggiorno alberghiero, il tipo di pensione (solo pernottamento, mezza pensione, pensione completa).
- **RICEVUTE FISCALI O SCONTRINI PARLANTI** relativi ai pasti o alla spesa alimentare (*non sono rimborsabili le spese voluttuarie e accessorie come bevande, telefonate, tv, ecc.*)

IMPORTO MASSIMO GIORNALIERO RIMBORSABILE PER SOGGETTO AUTORIZZATO (ASSISTITO E/O ACCOMPAGNATORE) PER SPESE DI SOGGIORNO (VITTO E ALLOGGIO): € 70,00 per l'Italia; € 100,00 per l'estero.

In alternativa al rimborso delle spese di soggiorno - nel solo caso di ricovero dell'assistito - l'accompagnatore autorizzato può chiedere il rimborso dei viaggi andata/ritorno (**PENDOLARISMO**) dalla propria residenza/dimora al presidio sanitario, nel limite dell'importo massimo giornaliero rimborsabile previsto per il soggiorno.

- ➡ *In caso di pendolarismi il numero viaggi a/r, mezzo, percorso e relative date vanno espressamente dichiarati nel modulo di domanda.*

In caso di andata/ritorno in giornata (*ossia senza pernottamento*) non è previsto il rimborso dei pasti.

Sono rimborsabili i pasti relativi alle giornate dei pernottamenti e nel limite dell'importo massimo giornaliero rimborsabile per il soggiorno.

In caso di assistenza ospedaliera durante il ricovero o di soggiorno a titolo gratuito sono rimborsabili massimo di 3 pasti al giorno e nel limite dell'importo massimo giornaliero rimborsabile (*specificare nelle note del modulo di domanda che trattasi di assistenza ospedaliera o soggiorno a titolo gratuito*).

➡ **UFFICIO COMPETENTE:**

Servizio amministrazione ospedale territorio - Ufficio alta specializzazione

Centro per i Servizi Sanitari * Viale Verona - Corpo B – 38123 – Trento

Tel. 0461 902364 – 0461 902797 – 0461 902267

E-mail: ufficioaltaspecializzazione@asuit.tn.it

L'accesso allo sportello è consentito solo previo appuntamento.