

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 SPESE DI VIAGGIO E SOGGIORNO CONNESSE ALLA
 FRUIZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE FUORI PROVINCIA - LEGGE PROVINCIALE N. 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*)

**L'AUTORIZZAZIONE AL RIMBORSO SPESE VIAGGIO E SOGGIORNO AI SENSI DI QUANTO DISPOSTO
 DALLA L.P. 33/88 PER ACCEDERE ALLA/E STRUTTURA/E SANITARIA/E**

(indicare nome e luogo della/delle struttura/e sanitaria/e extraprovinciale/i)

per la fruizione di prestazioni sanitarie per l'anno/i _____

☐ nuova domanda

☐ rinnovo

al fine di ottenere il rimborso delle spese di viaggio e soggiorno:

- ☐ per assistito
- ☐ per un accompagnatore

A supporto di tale istanza allega la seguente documentazione:

- certificato medico specialistico redatto in data _____
dal dott. _____
- 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
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).

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.

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO E SOGGIORNO CONNESSE ALLA FRUIZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE FUORI PROVINCIA - LEGGE PROVINCIALE N. 33/88

Riferimenti normativi

Legge Provinciale 33/88 - Deliberazione della Giunta Provinciale n. 960 del 2006 e n. 2192 del 2012

Beneficiari

Soggetti iscritti al Servizio Sanitario Provinciale residenti in provincia di Trento

Interventi e patologie

- trapianti d'organo, ivi compresa la tipizzazione e l'assistenza post-operatoria;
- patologie congenite ad altissimo rischio invalidante;
- patologie acquisite che richiedono altissima specializzazione sia nella fase terapeutica che in quella riabilitativa;

per prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione che non siano tempestivamente ed adeguatamente erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Provinciale.

Autorizzazione

Per ottenere l'autorizzazione al rimborso delle spese di viaggio e soggiorno in occasione della **fruizione di prestazioni sanitarie in strutture extraprovinciali** l'assistito, o chi lo rappresenta giuridicamente, deve **PREVENTIVAMENTE** presentare domanda di autorizzazione all'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino. La stessa può essere presentata **a posteriori solo in caso di documentata urgenza e gravità** (ricoveri in urgenza, trasferimenti tra ospedali, etc.).

Per il rilascio dell'autorizzazione sono previsti due iter procedurali, alternativi uno all'altro:

↳ **PROCEDURA SEMPLIFICATA**

Nei casi in cui l'invio nelle strutture extraprovinciali sia disposto da uno specialista di **ASUIT** (con "visto per condivisione" del Direttore di U.O. cui afferisce lo specialista stesso) l'autorizzazione è rilasciata in via amministrativa previa verifica della sussistenza dei requisiti soggettivi richiesti. In questo caso l'assistito, o suo rappresentante giuridico, deve presentare:

- richiesta su modulo di domanda predisposto e compilato in ogni sua parte;
- certificazione sanitaria (su APPOSITO MODELLO PREDISPOSTO) rilasciata da uno specialista delle strutture di ASUIT che attesti la diagnosi, le prestazioni di cui necessita, il nome e il luogo della/e struttura/e sanitaria/e presso la/e quale/i dovrà recarsi, il periodo del trattamento (anno/i di riferimento), l'eventuale **necessità di assistenza** (se l'assistito è maggiorenne) e la data dell'eventuale invio in urgenza (in caso di richiesta **a posteriori**);
- copia del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, qualora il modulo non sia firmato in presenza del funzionario addetto.

↳ **VALUTAZIONE IN COMMISSIONE MEDICA**

L'ASUIT, tramite il Centro provinciale di Riferimento per gli Interventi di Alta Specializzazione, esamina le domande per le quali non sia possibile applicare la procedura semplificata e rilascia autorizzazione all'interessato in caso di parere favorevole del Centro.

In questo caso l'assistito, o suo rappresentante giuridico, deve presentare:

- richiesta su modulo di domanda predisposto e compilato in ogni sua parte;
- certificazione di un medico specialista della patologia da cui è affetto il paziente completa di diagnosi e breve storia clinica, tipo di prestazioni di cui ha necessità, nome e luogo del presidio sanitario, periodo del trattamento proposto (anno/i di riferimento), **necessità di assistenza** (se l'assistito è maggiorenne) e eventuale motivazione clinica della prestazione avvenuta in urgenza (in caso di richiesta **a posteriori**);
- eventuale ULTERIORE DOCUMENTAZIONE (clinica o di altra natura), se finalizzata a fornire altre notizie utili alla valutazione (storia pregressa, continuità terapeutica, ecc.);
- copia del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, qualora il modulo non sia firmato in presenza del funzionario addetto.

Non necessitano di autorizzazione preventiva i rimborsi:

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

Presentazione domanda e comunicazione esito

La domanda va presentata all'Ufficio Alta specializzazione. Può essere inviata mezzo mail (ufficioaltaspecializzazione@asuit.tn.it), mezzo posta o consegnata personalmente, previo appuntamento.

A conclusione dell'istruttoria l'assistito verrà informato con nota scritta dell'esito dell'istanza e delle eventuali modalità per la richiesta del rimborso.

L'autorizzazione **decorre dalla data di presentazione** ed ha una **scadenza**. In prossimità della stessa, al permanere delle necessità, si dovrà presentare, in via **preventiva**, domanda di rinnovo dell'autorizzazione.

➡ **UFFICIO COMPETENTE :** Servizio amministrazione ospedale territorio - Ufficio alta specializzazione
Centro per i Servizi Sanitari * Viale Verona - Corpo B – 38123 Trento
Tel. 0461 902364 – 0461 902267 – 0461 902797
E-mail: ufficioaltaspecializzazione@asuit.tn.it

L'accesso allo sportello è consentito solo previo appuntamento.