Allegato 1

Al Direttore del Distretto SS di

Dott. _____

Mail _____

PEC_____

Oggetto RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER PRESTAZ10NI/TRATTAMENTI FUORI REGIONE PER PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE RARE

Il/La richiedente_____nato/a a_____il _____

residente a_____prov. (_____) Via _____n. _____

Codice fiscale _____Tel._____cell_____

mail_____pec_____

CHIEDE

□ per se stesso. □in qualità di familiare □ in qualità di amministratore di sostegno

□ in qualità di tutore □ per se quale accompagnatore

del sig./sig.ra_____ grado di parentela_____

nato/a a_____il_____codice fiscale_____

residente a_____ prov. (_____) Via_____n._____

Tel._____cell_____.

Mail_____pec_____.

ai sensi delle seguenti disposizioni regionali:

- L.R. n. 25 del 21/11/1996
- L.R. n. 12/2005 art. 13
- L. R. n 51/2021 art. 12 co. 2

□ Prima istanza □ Istanza successiva □ Emergenza

il rimborso delle spese da sostenere/sostenute per effettuare le cure presso il Centro Malattie Rare extraregionale_____

Via_____Città_____ Numero di telefono_____

indirizzo mail dello specialista referente_____

per: □ visita specialistica □ day hospital/day service □ ricovero

Nome e cognome per esteso:

_____

A cura del Distretto Sociosanltario

□ si autorizza

(previa esibizione in originale delle spese sostenute per biglietti aerei, ferroviari o altre spese di trasporto; pedaggio autostradale; spese vitto, pernottamento e altro)

□ non si autorizza

per il seguente motivo _____

Il Direttore del Distretto SS

_____

Modulo-di consenso perii trattamento dei dati personali per le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione (art. 13 Regolamento UE 2016/679) -
RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER PRESTAZIONI/TRATTAMENTI FUORI REGIONE PER PAZIENTI CON MALATTIA RARA

PAZIENTE_____
(Nome e Cognome in stampatello)

lo sottoscritto/a (Nome e Cognome in stampatello)_____

_____nato/a a_____il:_____/____/_____

in proprio, in quanto soggetto maggiorenne con piena capacità d'agire e di intendere e volére,

Dichiaro:

• di aver preso visione dell'informativa scritta sopra riportata e di aver compreso le informazioni in essa contenute, e di essere stato adeguatamente informato dei diritti esercitatoli dall'interessato;

• di ACCONSENTIRE al trattamento dei dati personali nell'ambito della procedura per il rimborso spese sostenute da pazienti affetti da malattie rare per le cure fuori-regione, nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento;

Dichiarazioni eventuali del paziente, domande aggiuntive o altri aspetti del consenso informato:

_____

_____

Nome_____Cognome_____

Nome e cognome per esteso in stampatello PAZIENTE

Data_____ Firma del PAZIENTE

_____

Nel caso di richiesta presentata dai genitori familiare, caregiver o tutore legale, amministratore di sostegno, o se il presente modulo di consenso informato viene letto al/alla richiedente in quanto non è in grado di leggerlo e/o firmarlo autonomamente in presenza di due testimoni imparziali:

Genitore/Familiare/Caregiver/Tutore/Amministratore di sostegno
lo sottoscritto dichiaro che al paziente sono state correttamente spiegate le modalità di trattamento dei suoi dati personali e che il paziente ha acconsentito liberamente al trattamento dei suoi dati personali per gli scopi della presente procedura nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornita con il presente documento.

Nome e cognome per esteso:

_____

Data_____ Firma_____

Genitore/Familiare/Caregiver/Tutore/Amministratore di sostegno lo sottoscritto dichiaro che al paziente sono state correttamente spiegate le modalità di trattamento dei suoi dati personali e che il paziente ha acconsentito liberamente al trattamento dei suoi dati personali per gli scopi della presente procedura nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornita con il presente documento.