



# Dialisi in Paesi extra Unione Europea, in crociera o in Italia al di fuori dell'AUSL di residenza in struttura non convenzionata: richiesta di rimborso spese

(Delib. Giunta Reg. 111/2011)

Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

## CHIEDO

► il rimborso delle spese (in base alle tariffe regionali) che ho sostenuto per la dialisi effettuata

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

presso la struttura sanitaria estera (specificare il nome della struttura e la città)

dal | al

durante il soggiorno temporaneo in (specificare lo Stato estero)

nel centro dialisi dell'ospedale di bordo (specificare il nome della nave)

dal | al | durante il viaggio in crociera

presso la struttura sanitaria non convenzionata

(specificare il nome e la città della struttura)

dal | al

durante il soggiorno temporaneo in Italia al di fuori del territorio della mia AUSL di residenza

(specificare l'indirizzo e la città del domicilio temporaneo)

## ALLEGRO

1. la documentazione sanitaria che certifica il tipo di dialisi effettuata
2. le fatture originali con il timbro del saldo, n. \_\_\_\_\_ (specificare il numero delle fatture)
3. una copia di un documento di identità in corso di validità

## SCELGO DI

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

ricevere l'accredito sul conto corrente bancario o postale intestato a:

codice IBAN:

ricevere un assegno non trasferibile per posta (solo per importi fino a 1.000 euro) all'indirizzo  
(specificare solo se diverso da quello già indicato)

Via

Comune

CAP

Prov.

## SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data | firma (per esteso e leggibile)

## TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo [www.ausl.mo.it/informativaprivacy](http://www.ausl.mo.it/informativaprivacy)

## INFORMAZIONI IMPORTANTI

### Come chiedere il rimborso

Può presentare la sua richiesta in diversi modi:

- di persona all'Ufficio Rimborsi Dialisi su appuntamento
- per fax al numero 059 3863564
- per posta elettronica ordinaria o certificata, all'indirizzo [rimborsodializzati@pec.ausl.mo.it](mailto:rimborsodializzati@pec.ausl.mo.it)

Ricordi che soltanto scrivere da un indirizzo PEC le garantisce la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio

**ATTENZIONE!** Se delega un'altra persona a presentare la sua richiesta, deve ricordarsi di compilare anche il "Modulo di delega".

### Quando chiedere il rimborso

Deve presentare la richiesta di rimborso entro 3 mesi dalla data del pagamento