

**Allegato 1**

Al Direttore del Distretto SS di \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

**Oggetto: RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER PRESTAZIONI/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

Nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Si allega copia della prenotazione e/o programmazione specialistica a cura del Centro e la documentazione sanitaria compresa l'indicazione della motivazione per cui risulta necessario recarsi presso un Centro MR fuori Regione Puglia.

Data, \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

**Modulo di consenso per il 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)

Io 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 volere,

**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 esercitabili 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 del 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**

Io 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**

Io 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:

.....

**A cura del Distretto Socio-sanitario**

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

\_\_\_\_\_

