



Alla ASL di \_\_\_\_\_

Responsabile Amministrativo Contributo ex l.r. n. 32/2023 e 37/2023

Via \_\_\_\_\_

CAP Comune (Prov)

**Oggetto: Domanda di ammissione al contributo per il rimborso della spesa per l'acquisto di Glucagone polvere nasale (Baqsimi®) - (ll.rr. n. 32/2023 e 37/2023). .**

**INDIVIDUAZIONE SOGGETTO RICHIEDENTE**

Richiede il beneficio:

Soggetto beneficiario finale

Soggetto parente o affine del beneficiario finale

Specificare relazione con il beneficiario

*Nota: tutte le informazioni e i dati comunicati all'atto di presentazione della domanda si intendono rilasciati in regime di autocertificazione (artt. 45 e 46 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii.).*

CODICE FISCALE

del Beneficiario finale

**DATI ANAGRAFICI DEL SOGGETTO BENEFICIARIO FINALE**

Nome

Cognome

Sesso M  F

Luogo di nascita

Prov.

Data di nascita

giorno

mese

anno

Luogo di residenza

Prov.

Via/Corso/Strada

n. civ.

Luogo di domiciliazione

Prov.

Via/Corso/Strada

n. civ.

Telefono

Email

**Cognome e Nome del Medico di Medicina Generale/Pediatra**

Nome

Cognome



Luogo di residenza  Prov.

**Denominazione della struttura del SSR o del SSN che ha attestato la patologia:**

Denominazione   
Luogo di residenza  Prov.

**DATI ANAGRAFICI SOGGETTO RICHIEDENTE DELEGATO (PARENTE O AFFINE O ALTRO)**

Nome  Cognome

Sesso M  F

Luogo di nascita  Prov.

Data di nascita giorno  mese  anno

Luogo di residenza  Prov.

Via/Corso/Strada  n. civ.

Luogo di domiciliazione  Prov.

Via/Corso/Strada  n. civ.

Telefono  Email

CODICE FISCALE

\*\*\*\*\*

Il costo di Glucagone polvere nasale (Baqsimi), prescritto dagli specialisti diabetologi del SSR (dipendenti o convenzionati), è a carico della Regione Puglia, a partire dal 01/11/2023, esclusivamente in presenza di una delle seguenti condizioni:

ipoglicemia grave<sup>1</sup> in paziente con diabete mellito in terapia insulinica in età scolare ( $\leq 18$  anni)

ipoglicemia grave<sup>1</sup> in paziente adulto con diabete mellito in terapia insulinica intensificata che ha manifestato almeno un episodio di ipoglicemia grave nell'ultimo anno, e che potrebbe trovarsi in contesti in cui non sia possibile una somministrazione parenterale di glucagone.

<sup>1</sup> Per ipoglicemia grave si intende una ipoglicemia il cui trattamento richiede l'assistenza di terzi.



**Motivo della richiesta:**

- prima prescrizione
- rinnovo della prescrizione a seguito di:
- utilizzo per il trattamento di episodio di ipoglicemia in data \_\_/\_\_/\_\_
  - scadenza del prodotto precedentemente erogato

**N. confezioni prescritte**  1  2

Il/La sottoscritto/a chiede l'ammissione al beneficio di cui all'art. 8 della L.R. 29 novembre 2023 n. 32 e all'art. 40 L.R. 29 dicembre 2023 n. 37 e a tal fine, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii.) e consapevole che le dichiarazioni non corrispondenti al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente versate per la fornitura di che trattasi,

**DICHIARA:**

1. di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi della l.n. 196/2003 e ss.mm.ii., che i dati acquisiti con la presente autocertificazione sono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse alla erogazione della misura economica;
2. di trovarsi nella condizione di patologia di cui all'art. 8 della L.R. 29 novembre 2023 n. 32 e all'art. 40 L.R. 29 dicembre 2023 n. 37;
3. di avere acquistato in data successiva al 01.11.2023 una/due confezione di Baqsimi per una spesa complessiva di Euro \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_/00) come da documentazione allegata;
4. di chiedere il rimborso in misura pari ad Euro \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_/00)

e a tal fine allega la seguente documentazione, a pena di esclusione:

- fotocopia della tessera sanitaria del Soggetto beneficiario finale
- certificazione medica rilasciata dal Medico di Medicina Generale/Pediatra o specialista del SSN che attesti la patologia di diabete di tipo 1 oppure diabete mellito in regime di terapia intensificata;
- scontrino fiscale o fattura o ricevuta fiscale, relativo all'acquisto della confezione di Baqsimi;
- fotocopia di un documento di identità valido del Soggetto beneficiario finale (e, ove rilevi, del soggetto richiedente).

**MODALITA' DI ACCREDITAMENTO DEL BENEFICIO ECONOMICO**

**(da utilizzare previa verifica, in caso di ammissione al beneficio)**

Accredитamento su c/c

Intestato a

IBAN

Banca  Filiale/Agenzia di

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Informativa sulla privacy

Accetto  Non accetto

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

**IN FEDE**

\_\_\_\_\_