

L.R. 28/6/1993 n. 16 – DOMANDA RIMBORSO ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ____ / ____ / ____ Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residente a _____ Via _____

tel. cellulare o fisso _____ Indirizzo email _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 D.P.R. 445/2000)

IN QUALITÀ DI

☐ genitore☐ tutore/curatore/amministratore di sostegno di (*allegare Decreto di nomina*)☐ erede (*allegare atto notorio eredi*)☐ delegato (*allegare delega*)

di: _____ C.F. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

CHIEDE

il riconoscimento del RIMBORSO per le spese sostenute, nel rispetto del tetto massimo rimborsabile previsto dalla LR 16/83, per:

☐ Chemioterapia☐ Ricoveri☐ Visite di controllo

A tal fine

DICHIARA

di essersi recato/a dalla propria residenza a: _____
con il seguente mezzo di trasporto:

☐ MEZZO PUBBLICO☐ MEZZO PROPRIO/DI FAMILIARI/DI TERZI☐ AMBULANZA

che le somme delle quali richiede il rimborso sono state effettivamente pagate e che non ha goduto di altri rimborsi per lo stesso titolo da parte di enti pubblici o privati.

COMUNICA

che l'importo dovrà essere accreditato nel conto corrente ☐ proprio, oppure ☐ intestato a (*allegare delega*):

_____ C.F. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

IBAN |_|

Data _____

Firma dichiarante _____

Informativa breve sul trattamento dei dati personali ex artt. 13 e 14 del regolamento generale sulla protezione dei dati UE 2016/679 "GDPR"

TITOLARE DEL TRATTAMENTO: Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Ancona - Sede: Viale C. Colombo 106 - 60127 Ancona (AN) - PEC: ast.ancona@emarche.it
RESPONSABILE PROTEZIONE DATI (DPO) Tel.: 071.2911517 - e-mail: dpo.ast.an@sanita.marche.it

Riservata Ufficio:

Protocollo n. _____

Data _____