

**RICHIESTA DI RIMBORSO**  
**DELIBERA R.T. 317 del 27/03/2023**

**Dialisi all'Estero in Stati Extra UE o in navi da crociera o in Italia in strutture private non accreditate con il SSN**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

(artt. 19 e 47 DPR n.445/2000)

Il/La sottoscritto/a			
nato/a il	a	cittadinanza	
residenza			
in via/piazza			n.
città			prov. ( )
codice fiscale	tel.	mail	
Documento d'identità n°	rilasciato da	emesso il	
	scadenza		

**CHIEDE**

Il rimborso della spesa sostenuta per aver effettuato n. sedute di dialisi durante un temporaneo soggiorno in eseguite nei 60 giorni precedenti alla data di presentazione di tale richiesta.

Le prestazioni sono state effettuate:

a) presso il Centro dialisi di (specificare denominazione della struttura ed indirizzo) nei seguenti giorni

b) presso la nave da crociera nei seguenti giorni

**Modalità di rimborso: Accredito su c/c**

IBAN			
agenzia	località		

**ALLEGA**

- Certificazione rilasciata dal Centro dialisi (italiano oppure estero) attestante le sedute di dialisi, la tipologia e la data di effettuazione delle stesse<sup>1</sup>
- Fatture quietanzate

luogo e data

firma

<sup>1</sup> La certificazione rilasciata dal Centro estero deve essere redatta in lingua italiana o tradotta in inglese o francese

## DICHIARA

Di non aver potuto usufruire delle prestazioni di dialisi sopra indicate in strutture sanitarie pubbliche e, in caso di effettuazione in Centri di altre Regioni, di non aver potuto accedere a strutture accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale.

Di impegnarsi a segnalare tempestivamente qualunque variazione relativamente ai dati dichiarati.

Di essere consapevole della responsabilità penale e delle conseguenti sanzioni cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in seguito a provvedimenti emessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000.

L'Azienda ASL Toscana sud est, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, tratterà i Suoi dati personali, anche al fine della presente richiesta, in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE n. 679/2016 e D.lgs. 196/2003, come modificato dal d.lgs. 101/2018).

Dichiara, inoltre, di essere informata/o, ai sensi dell'art.13 del D.lgs 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

luogo e data

---

il richiedente-dichiarante

---

**RISERVATO ALL'UFFICIO** (Firma Operatore \_\_\_\_\_)

La sottoscrizione deve avvenire in presenza del dipendente addetto; se il modulo firmato dall'interessato è presentato da altra persona delegata o inviato per posta o pec, deve essere accompagnato da fotocopia di documento di identità in corso di validità del delegante e del delegato (art.38 DPR 445/2000).