

**ISTANZA DI RIMBORSO PER PRESTAZIONE DI PRIMO ACCESSO
PERCORSO DI TUTELA**

Spett.le ASL 2 GALLURA
SC Area Economico
Finanziaria

Oggetto: istanza di rimborso per prestazioni specialistiche di primo accesso - percorso di tutela.

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Prov. _____ il ____/____/____ residente a _____ Prov. _____

In via/piazza _____ C.F. _____

telefono / cellulare _____ email _____

IN QUALITÀ DI:

☐ Diretto interessato ☐ Genitore del minore ☐ Curatore/Tutore ☐ Delegato

Cognome _____ Nome _____ C.F. _____

PREMESSO:

- che in data ____/____/____ il beneficiario ha presentato istanza di autorizzazione per accedere al percorso di tutela per prestazioni di primo accesso non garantite nei tempi di garanzia;
- che in data ____/____/____ è stata trasmessa dal Direttore della S C Distretto Socio Sanitario Di Olbia l'autorizzazione ad effettuare la prestazione di primo accesso presso una struttura privata accreditata/ in regime libero professionale;
- che in data ____/____/____ la prestazione oggetto dell'istanza è stata erogata dalla struttura/ libero professionista _____

CHIEDO

il rimborso delle spese sostenute pari a € _____ al netto della compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) se dovuta.

Data _____

Firma _____

Si allega alla presente richiesta di rimborso:

- autorizzazione all'effettuazione della prestazione presso struttura privata accreditata/ libero professionista rilasciata dal Direttore della S C Distretto Socio Sanitario di Olbia;
- fattura quietanzata;
- coordinate bancarie di conto intestato o cointestato;
- copia del documento di riconoscimento del beneficiario in corso di validità;
- copia documento di riconoscimento dell'eventuale tutore/procurato/delegato in corso di validità.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del D.Lgs 196/2003 I dati riportati nella presente dichiarazione verranno utilizzati dalla ASL solo con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata.