

REGOLAMENTO OPERATIVO SULLA L.R. N. 8/99 AGGIORNATA ALLA LR N. 47/2011

(ALLEGATO AL DECRETO DIRIGENZIALE N. ___3959___/2012)

ART. 1 — OGGETTO DELLA LEGGE.

La legge in parola prevede la possibilità di **rimborso delle spese di viaggio e soggiorno** (*art. 1 e 3, comma 1*) **connesse a prestazioni autorizzate di diagnosi, cura e riabilitazione fruite da cittadini residenti in Calabria in strutture ubicate fuori regione.**

Non si prevede assolutamente il rimborso delle spese relative alla prestazione sanitaria fruita.

ART. 2 — CONDIZIONI PERSONALI NECESSARIE PER FRUIRE DEL RIMBORSO.

Per fruire di detto rimborso è necessario che il richiedente a) sia **residente nella Regione Calabria**; b) abbia un **reddito lordo familiare annuo non superiore ai 36.000,00 Euro** (*art. 2, comma 2, così come modificato dall'art. 28, LR n. 34/2010*); c) verta in una delle condizioni specifiche indicate all'*art. 1, comma 2*, ossia:

- a. Trapianti d'organo e di tessuti, di cornea e di midollo, ivi comprese la tipizzazione e l'assistenza post-operatoria. La legge è oltremodo chiara nel prevedere l'autorizzazione/rimborso per tutte le prestazioni connesse ai trapianti. Peraltro, l'evoluzione delle tecnologie dal tempo dell'adozione della legge in parola, rende opportuno operare alcuni doverosi distinguo: fermo, infatti, restando il discorso dei trapianti **di organo e di tessuti**, per i quali il ricorso a strutture extraregionali rimane tutt'ora pressoché inevitabile, diversa è la situazione per i trapianti di cornea e di midollo, che vengono normalmente effettuati anche nell'ambito del SSR. Pertanto, con riferimento ai **trapianti di cornea** è necessario che gli uffici richiedano certificazione di medico specialista di struttura pubblica (U.O. di Oculistica dell'ASP di appartenenza, ASP regionale o AO regionale) che attesti la non disponibilità nell'ambito del SSR

della prestazione richiesta, mentre con riferimento ai **trapianti di midollo** è necessario che gli uffici richiedano certificazione di medico specialista del CTMO (Centro Trapianti Midollo Osseo) dell'A.O. di Reggio Calabria che attesti la non fruibilità della prestazione presso il CTMO stesso.

Si precisa, inoltre, che:

- Sono ammessi all'autorizzazione/rimborso i soggetti che, in attesa di trapianto, abbiano fatto iscrizione/prenotazione in due Centri Trapianto —uno regionale, l'altro extraregionale— e siano stati chiamati con priorità dal Centro extraregionale. Naturalmente, a tali soggetti è riconosciuta l'autorizzazione/rimborso anche per il *primo* viaggio, ossia quello per la tipizzazione presso il Centro extraregionale. Sono ammessi all'autorizzazione/rimborso i soggetti —trapiantati in Centro Trapianti extraregionale— che presentino prescrizione di controllo da parte del Centro stesso.
 - Per i soggetti **trapiantati all'estero**, è ammessa l'autorizzazione/rimborso solo per n. 1 controllo all'anno, salva diversa e motivata prescrizione del Centro Trapianti (es. aggravamento del quadro clinico del paziente).
 - Per soggetti che abbiano fruito di trapianto di cornea o di midollo in Centro extraregionale (sussistendo le condizioni di cui sopra), i controlli post operatori potranno essere effettuati nel Centro che ha effettuato il trapianto, purché lo stesso ne abbia fatta espressa richiesta o prescrizione.
- b. Neoplasie in trattamento radioterapico ed altre terapie antiblastiche. L'autorizzazione/rimborso è dovuta per **prestazioni radioterapiche ed antiblastiche non fruibili presso il SSR**. Quest'ultima circostanza dev'essere certificata da medico specialista di struttura pubblica (ASP di appartenenza, ASP regionale o AO regionale).
- c. Particolari sindromi e/o malattie rare congenite o acquisite, patologie derivanti da traumi, ustioni e lesioni ad altissimo rischio invalidante che compromettono in maniera grave ed irreversibile organi e funzioni. Anche in questo caso, il riferimento normativo alla patologia non deve fuorviare gli Uffici aziendali, che devono autorizzare il viaggio solo in presenza di certificazione medica specialistica di struttura pubblica (ASP di appartenenza ovvero di ASP o AO regionale) che attesti la **non disponibilità nell'ambito del SSR della prestazione richiesta**.
- Con riferimento alle **malattie rare**, detta certificazione dovrà essere rilasciata da Centro regionale accreditato per la specifica patologia ovvero da centro extraregionale accreditato. Qualora la patologia non fosse curata nell'ambito della Rete Regionale delle Malattie Rare, la certificazione dovrà essere fatta da medico specialista di struttura pubblica (ASP di appartenenza ovvero di ASP o AO regionale) che attesti la non disponibilità nell'ambito del SSR della prestazione richiesta.
- d. Patologie che necessitano di trattamenti diagnostici e terapeutici altamente specialistici non fruibili sul territorio regionale. La certificazione medica specialistica di struttura pubblica (ASP di appartenenza ovvero di ASP o AO regionale) dovrà attestare la non fruibilità della prestazione nell'ambito del SSR.

ART. 3 — CONDIZIONI CLINICHE NECESSARIE PER FRUIRE DEL RIMBORSO.

Per fruire del rimborso è necessario che la prestazione sanitaria richiesta non sia disponibile presso alcuna struttura del SSR (*art. 2, comma 1*) [indisponibilità assoluta] o, in alternativa, che detta prestazione sia condizionata da una accertata e documentata lista d'attesa che mal si concili con le esigenze d'urgenza presentate dal richiedente [indisponibilità relativa].

ART. 4 — DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA (CFR. FAC-SIMILE ALL. A).

La domanda per accedere ai benefici di cui alla legge in parola deve essere proposta dall'interessato all'Ufficio aziendale competente, con la **modulistica pre-stampata**, *prima* dell'esecuzione del viaggio.

Non sono ammesse domande in sanatoria.

L'unica ragione per cui si possa derogare alla predetta regola della "preventività" dell'istanza di autorizzazione/rimborso è l'improvvisa chiamata, da parte del Centro extraregionale, per l'effettuazione del trapianto per cui il paziente sia in lista d'attesa.

Sono ascritte all'anno di riferimento le domande pervenute entro il **31 dicembre** dell'anno stesso.

Il prestampato della domanda deve necessariamente contenere le seguenti indicazioni:

- a) Nome dell'assistito e del/degli eventuale/i accompagnatore/i;
- b) Dichiarazione di residenza e di domicilio. Consiste nell'autocertificazione della residenza in Calabria e dell'appartenenza all'ASP cui ci si rivolge;
- c) Dichiarazione di reddito. Consiste nella certificazione —mediante modello di dichiarazione del reddito presentata nell'anno precedente— del possesso di un reddito familiare lordo inferiore ai 36.000,00 EURO;
- d) Indicazione della *prestazione* sanitaria richiesta;
- e) Indicazione del *setting* assistenziale in cui la prestazione viene resa: in regime di ricovero ovvero in regime ambulatoriale.
- f) Denominazione struttura sanitaria presso la quale si vorrebbe fruire della prestazione richiesta;
- g) Luogo in cui è ubicata tale struttura sanitaria;
- h) Durata prevista della prestazione, se disponibile;
- i) Necessità di accompagnatore/i, opportunamente documentata da certificazione medico-specialistica da allegare alla domanda (cfr. successivo *par. 5, lett. c*).
- j) Dichiarazione liberatoria nella quale si da atto che il rimborso avverrà soltanto previo finanziamento della Regione Calabria e nei limiti di *budgets* invalicabili che la stessa avrà annualmente stabilito, con conseguente rinuncia ad ogni contenzioso per l'ipotesi di ritardo nei pagamenti o di pagamento parziale (percentuale);
- k) Dichiarazione di autorizzazione all'uso dei dati personali e sensibili.

ART. 5 — ACCERTAMENTO DEI REQUISITI.

L'Ufficio aziendale che riceve la domanda deve, nell'ordine:

- a. **Verificare** i dati anagrafici e reddituali dichiarati dal richiedente, questi ultimi mediante acquisizione della dichiarazione dei redditi dell'anno precedente;
- b. **Verificare** che l'interessato richieda prestazioni altamente specialistiche non fruibili sul territorio regionale, giusto quanto disposto dall'*art. 1, comma 2, lettera d)* e dall'*art. 2 comma 2*.

Detto accertamento —che, nella sostanza, ha ad oggetto la *indisponibilità assoluta* della prestazione ovvero la *indisponibilità relativa* della stessa, per via della sussistenza di liste d'attesa non compatibili col suo carattere d'urgenza— deve essere effettuato sulla **certificazione medico-specialistica** dell'ASP di appartenenza ovvero di ASP o AO regionale e sulla documentazione sanitaria allegata dal richiedente (*art. 5, comma 1*).

È il caso di precisare che, nei casi di **soggetti trapiantati** (o in attesa di trapianto) la disposizione dell'*art. 5, comma 2, ultima parte*, non può, né deve, essere intesa come esenzione *tout court* dall'onere di corredare la domanda di autorizzazione/rimborso con la certificazione medico-specialistica dell'ASP di appartenenza ovvero di ASP o AO regionale: più propriamente la norma in parola è da intendersi nel senso che, il competente Ufficio aziendale, acquisita detta certificazione in occasione della *prima richiesta* di autorizzazione/rimborso, non dovrà richiedere all'interessato la medesima certificazione in occasione delle domande successive. L'autorizzazione/rimborso dovrà essere concessa in relazione ad ogni singola prestazione di controllo o, comunque, direttamente connessa al trapianto subito: in questi casi l'Ufficio aziendale richiederà al paziente idonea certificazione/attestazione del Centro trapianti presso cui il paziente è in cura.

Analoga la situazione dei **soggetti <<portatori di gravi patologie già acclamate con documentazione certa e probatoria>>** (*art. 5, comma 2*), per i quali, tuttavia, la legge, in assenza di un elenco prestabilito, demanda all'Ufficio aziendale l'onere di valutare la gravità della patologia. È inteso, comunque, che l'assimilazione di tali pazienti ai soggetti trapiantati non può che far dedurre che, ai fini dell'esenzione in parola, si debba trattare di patologie che presentino un **elevato grado di gravità**, in qualche modo assimilabile ai trapianti, nonché, a volte, la necessità di fruire di trattamenti continuativi e ripetuti presso una determinata struttura extraregionale. Dal momento in cui l'Ufficio, in occasione della *prima istanza* di autorizzazione/rimborso, sulla base della certificazione medico—specialistica proveniente da ASP di appartenenza ovvero da ASP o AO regionale, accerta la gravità della patologia e dispone l'autorizzazione, la patologia stessa è da ritenersi <<*già acclamata con documentazione certa e probatoria*>> e, pertanto, in occasione delle *successive istanze* di autorizzazione/rimborso non dovrà chiedere al paziente ulteriore certificazione.

Nei casi in cui la normativa richiede che la certificazione venga rilasciata da medico-specialista dell'ASP di appartenenza, si esclude che a tale categoria possano iscriversi i medici di base, quantunque anche dotati di specializzazione (es. pediatria).

Nei casi dubbi —ovvero qualora la certificazione medico-specialistica allegata dal paziente si limiti a qualificare la patologia e/o la prestazione per cui si chiede l'autorizzazione alla trasferta, senza esplicitare l'indisponibilità assoluta o relativa della prestazione presso il SSR—, l'Ufficio aziendale deputato all'istruttoria delle pratiche potrà richiedere all'interessato l'integrazione della certificazione ovvero potrà verificare direttamente presso le n. 4 Aziende Ospedaliere della Regione la fruibilità della prestazione richiesta. Nei casi particolarmente complessi potrà essere contattato il Dipartimento Tutela della Salute—Settore Area LEA—Servizio Organizzazione Rete Ospedaliera pubblica e privata e Residenzialità.

- c. **Verificare** che l'interessato abbia diritto all'accompagnatore. Detta verifica, in generale, deve essere effettuata sulla certificazione medico-specialistica di struttura pubblica (ASP di appartenenza, ASP regionale, AO regionale) allegata dal richiedente. La certificazione deve precisare l'eventuale necessità di accompagnamento di entrambi i genitori.
- d. **Verificare** la regolarità dei dati relativi alla struttura sanitaria “esterna” presso la quale si vuole fruire della prestazione (appartenenza al SSN come struttura pubblica o privata accreditata).

ART. 6 — AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA.

All'esito degli accertamenti di cui al punto precedente, l'Ufficio aziendale dovrà autorizzare il viaggio ovvero negare l'autorizzazione. In entrambi i casi è richiesta **comunicazione scritta** e, nel secondo caso, adeguatamente motivata.

ART. 7 — ISTANZA DI RIMBORSO (CFR. FAC SIMILE ALL. B), RENDICONTAZIONE E VERIFICHE DEGLI UFFICI AZIENDALI.

All'esito della prestazione e, comunque, non oltre 3 mesi dall'effettuazione della stessa, l'interessato dovrà presentare all'Ufficio aziendale un'**istanza di rimborso** redatta su modulistica prestampata fornita dall'Ufficio stesso, nella quale si indichi:

- a) Nome dell'assistito e del/degli eventuale/i accompagnatore/i;
- b) Indicazione della *prestazione* sanitaria fruita;
- c) Indicazione della data in cui la *prestazione* sanitaria è stata fruita;
- d) Indicazione del *setting* assistenziale in cui la prestazione è stata fruita (in regime di ricovero ovvero in regime ambulatoriale).
- e) Indicazione della struttura sanitaria presso la quale la prestazione è stata fruita;
- f) Indicazione analitica delle spese sostenute —distinte per viaggio e soggiorno— per le quali si chiede il rimborso;
- g) Dichiarazione liberatoria nella quale si dà atto che il rimborso avverrà soltanto a seguito della necessaria istruttoria, alle condizioni di cui al *Regolamento operativo* e nel limite invalicabile del *budget* assegnato dalla Regione Calabria, ragion per cui vi è la possibilità che il rimborso stesso venga negato o effettuato in maniera ridotta;

L'istanza di rimborso deve essere corredata della **certificazione conclusiva rilasciata**

dal Centro medico presso il quale è stata fruita la prestazione sanitaria autorizzata nonché dei documenti probatori attestanti le spese sostenute.

In particolare, ai fini del riconoscimento delle spese di viaggio e soggiorno connesse alla prestazione sanitaria fruita dal paziente, l'Ufficio potrà acquisire, in originale, esclusivamente i seguenti documenti probatori:

- a. **Fatture:** essendo necessariamente nominative ed analitiche, l'Ufficio dovrà accertare il beneficiario fiscale (deve essere il paziente o l'accompagnatore o, in caso di minore, uno dei due genitori accompagnatori); il/i fruitore/i del bene o del servizio (es. numero dei commensali o dei soggetti che pernottano); la data della prestazione (deve essere congrua con la tempistica del viaggio: non è ammissibile, ad esempio, il pagamento di un pasto a Roma consumato il giorno prima dell'arrivo o quello dopo la partenza); i prodotti/servizi acquistati (devono essere analiticamente ed espressamente individuati, non sono ammissibili voci "neutre" quali "banco", "bar", "reparto", "varie" e simili).
- b. **Ricevute fiscali:** vale quanto detto al punto precedente.
- c. **Scontrini fiscali:** sono ammessi, preferibilmente, i c.d. scontrini parlanti, ossia quelli che consentono di individuare l'acquirente col codice fiscale (es. gli scontrini rilasciati dalla farmacie). Peraltro, tenuto conto che non sempre la rete commerciale è dotata di casse abilitate all'emissione di tale tipologia di scontrini, l'Ufficio potrà ammettere anche gli scontrini ordinari purché siano congrui con la tempistica del viaggio (ossia ne rispettino la scansione temporale: es. colazione al mattino, panino ai pasti) e individuino analiticamente ed inequivocabilmente il bene o servizio acquistato (per come già detto, non sono ammissibili voci "neutre" quali "banco", "bar", "reparto", "varie" e simili). Non sono da accettare scontrini che riportino cancellature o correzioni scritte a penna.
- d. **Ricevute di viaggio:** per tali si intendono i biglietti di aereo, treno, autobus, mezzo noleggiato, pedaggio autostradale, schede o buoni carburante. L'ufficio dovrà, come sempre, verificare la congruità con la tempistica del viaggio. In queste spese possono includersi le spese minime alimentari connesse al viaggio (es. colazione o pasto in autogrill), purché debitamente documentate.

Non è ammesso il rimborso di spese relative a viaggi intermedi, ossia effettuati nel periodo intercorrente tra il giorno di primo accesso alla struttura sanitaria e quello di rientro a casa.

Nel caso di uso del mezzo proprio o di auto noleggiata il rimborso è limitato al percorso, a/r, tra residenza del richiedente e luogo di cura. In caso di uso di treno, aereo o autolinee, l'Ufficio potrà, altresì, riconoscere il rimborso delle spese ulteriori di autobus o, in assenza, di taxi, dalla stazione al luogo di soggiorno (albergo, pensione etc.) e viceversa in occasione del rientro.

- e. **Certificazione medica** della Struttura extraregionale che attesti l'avvenuta effettuazione della prestazione fruita dal paziente con indicazione del relativo *setting* assistenziale (ricovero o ambulatorio) e la data di esecuzione

Fermo restando l'obbligo dell'avente diritto di presentare il rendiconto delle spese so-

stenute **entro 3 mesi dal rientro**, gli Uffici dovranno istruire ed evadere le pratiche di rimborso pervenute entro il 31 dicembre dell'anno di riferimento entro il **31 marzo dell'anno successivo**.

ART. 8 — PARAMETRI PER LA QUANTIFICAZIONE DEL RIMBORSO.

Posto che i rimborsi previsti dall'*art. 3* della legge in parola sono riferiti a tutti i soggetti beneficiari (trapiantati e non), ai fini dell'ammissione al rimborso ed alla conseguente quantificazione, l'Ufficio aziendale:

A– In caso di **prestazione fruita in regime ambulatoriale**, con riferimento alla singola "trasferta", riconosce al paziente ed all'eventuale accompagnatore il **rimborso totale delle spese di viaggio**, nonché quello delle spese di soggiorno (vitto ed alloggio) nel limite dei tetti massimi di cui all'*art. 3, comma 1*, così come di seguito analiticamente illustrati:

- 1– **prestazione in ITALIA**: max € 100,00 *pro die* per pernottato e max € 40,00 *pro die* per i pasti, fino ad un tetto massimo (riferito all'intero viaggio ed alla somma viaggio + soggiorno) di € 1.500,00;
- 2– **prestazione all'ESTERO**: max € 100,00 *pro die* per pernottato e max € 40,00 *pro die* per i pasti, fino ad un tetto massimo (riferito all'intero viaggio ed alla somma viaggio + soggiorno) di € 2.500,00;

B– In caso di **prestazione fruita in regime di ricovero ordinario**, con riferimento alla singola "trasferta", riconosce al paziente ed all'eventuale accompagnatore il **rimborso totale delle spese di viaggio**.

Non è riconosciuto il rimborso delle spese di soggiorno (vitto e alloggio) (*art. 3, comma 2*);

C- Ai soggetti in lista d'attesa per **trapianto di cuore** sono riconosciute le **spese per alloggio privato** reperito nei pressi del Centro Trapianti alle seguenti condizioni:

1. certificazione del Centro Trapianti in cui si attesti che il paziente è nei primi n. 10 posti della lista d'attesa del Centro stesso e che vi è probabilità di intervento in un tempo inferiore a n. 6 mesi;
2. limitazione del rimborso alle spese di vitto ed alloggio (per quest'ultimo si intende l'affitto onnicomprensivo, con esclusione di spese ulteriori per utenze) nel limite mensile di € 1.500,00 se in Italia, ovvero di € 2.500,00 se all'estero.

ART. 9 — CRITERI DI SELEZIONE AI FINI DEL RIMBORSO ED OBBLIGO DI RENDICONTAZIONE CONSUNTIVA ALLA REGIONE.

Nella prospettiva di privilegiare i soggetti economicamente più deboli, così come previsto dall'*art. 7, comma 2*, della legge regionale in parola, gli Uffici aziendali devono individuare le pratiche autorizzate di **soggetti il cui reddito familiare complessivo annuo non superi i 24.000,00 Euro**.

Conseguentemente, entro il **30 aprile di ogni anno**, i medesimi Uffici provvedono a comunicare per le vie brevi (fax: 0961/85.6570 o e-mail: d.gulla@regcal.it) al Dipartimento

Tutela della Salute (Settore Area LEA – Servizio Organizzazione rete ospedaliera pubblica e privata e Residenzialità) il **rendiconto finale relativo alle pratiche ammesse a rimborso nell'anno precedente, distinguendo in modo chiaro il fabbisogno aziendale con riferimento alle pratiche di beneficiari il cui reddito familiare complessivo annuo non superi i 24.000,00 Euro da quello riferito alle pratiche di beneficiari il cui reddito familiare complessivo annuo sia compreso tra € 24.000,01 ed € 36.000,00.**

ART. 10 — DETERMINAZIONE E CORRESPONSIONE DEI BUDGETS AZIENDALI.

Acquisiti i rendiconti di cui all'articolo precedente, il competente Ufficio regionale, tenuto conto del *budget* assegnato dalla Regione per l'anno di riferimento, distribuisce lo stesso a copertura —totale o percentuale— delle pratiche relative ai beneficiari il cui **reddito familiare complessivo annuo non superi i 24.000,00 Euro.**

L'eventuale eccedenza di *budget* viene utilizzata a copertura —totale o percentuale— delle pratiche relative ai beneficiari il cui **reddito familiare complessivo annuo sia compreso tra € 24.000,01 ed € 36.000,00.**

Espletati gli adempimenti di cui ai precedenti *commi 1 e 2*, l'Ufficio regionale comunica alle Aziende Sanitarie Provinciali il *budget* loro rispettivamente assegnato con riferimento ai rendiconti precedentemente forniti e, se possibile, dispone il trasferimento dei fondi.

ART. 11 — COMUNICAZIONI.

Acquisita dal Dipartimento Tutela della Salute la comunicazione di cui all'articolo precedente, l'Ufficio aziendale provvede a distribuire il *budget* aziendale a copertura delle pratiche istruite, con le medesime priorità osservate a livello regionale.

All'esito di tale operazione, detto Ufficio comunica agli interessati la conclusione della relativa istruttoria e l'ammissione al rimborso, indicando l'ammontare dello stesso.

Con successiva trasmissione per posta ordinaria, l'Ufficio aziendale trasmette al Dipartimento Tutela della Salute e Politiche sanitarie i tabulati degli utenti ammessi al beneficio, opportunamente criptati, con indicazione degli importi riconosciuti.

ART. 12 — CORRESPONSIONE RIMBORSO.

Acquisito il *budget* aziendale determinato a livello regionale, le Aziende provvederanno alla corresponsione ai singoli utenti nei modi consueti.

FAC SIMILE—ALL. A

Sig. Direttore Generale
Azienda Sanitaria Provinciale di _____
Distretto Sanitario _____
Ufficio _____

Oggetto. Richiesta autorizzazione preventiva per benefici Legge Regionale 8/99.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ appartenente all'ASP di _____ e residente nella Regione Calabria
nel Comune di _____ via _____
tel _____, domiciliato in _____
via _____

CHIEDE

PER SE STESSO

PER IL/IA FIGLIO/A _____

L'AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA per poter usufruire dei benefici di cui alla L.R. n. 8/99 per recarsi presso la
Struttura Sanitaria Extraregionale _____

(Indicare Struttura Sanitaria Extraregionale e località).

L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACCOMPAGNATORE _____

(Nome di entrambi i genitori se assistito minore)

TIPO DI PRESTAZIONE SANITARIA DA FRUIRE _____

SETTING ASSISTENZIALE _____

(Indicare se in regime di ricovero o ambulatoriale)

DATA E DURATA DELLA PRESTAZIONE _____

Alla presente si allega la seguente documentazione:

- **CERTIFICAZIONE SPECIALISTICA** di Medico Specialista di struttura pubblica (ASP di appartenenza, ASP regionale o AO regionale) attestante la non fruibilità della prestazione nell'ambito del S.S.R.
- **STATO DI FAMIGLIA E CERTIFICAZIONE REDDITO**, mediante modello di Dichiarazione del Reddito presentata nell'anno precedente, attestante che il reddito lordo familiare non superi i 36.000,00 Euro annui.

Si esprime Dichiarazione liberatoria in cui si da atto che i benefici previsti dalla L.R. n. 8/99 e ss. mm. e ii. sono soggetti al limite invalicabile del budget annualmente assegnato dal Bilancio regionale e che, conseguentemente, vi è la possibilità che l'esiguità di detto budget comporti il rischio che il rimborso possa non essere riconosciuto o essere riconosciuto in misura ridotta rispetto all'effettivo esborso per viaggio e soggiorno sostenuto.

Si da atto, altresì, che il rimborso avverrà soltanto previo finanziamento della Regione Calabria e, pertanto, si rinuncia ad ogni contenzioso per l'ipotesi di ritardo.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. gs n. 196/2003.

In fede

_____, li _____

Spazio riservato per l'autorizzazione a cura dell'ASP di _____ - Ufficio LR n. 8/99

- SI
AUTORIZZA
 NON SI

Il Responsabile dell'Ufficio

FAC SIMILE—ALL. B

Sig. Direttore Generale
Azienda Sanitaria Provinciale di _____
Distretto Sanitario _____
Ufficio _____

Oggetto. Richiesta autorizzazione preventiva per benefici Legge Regionale 8/99.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ appartenente all'ASP di _____ e residente nella Regione Calabria
nel Comune di _____ via _____
tel _____, domiciliato in _____
via _____

CHIEDE

PER SE STESSO

PER IL/IA FIGLIO/A _____

IL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE per recarsi presso la Struttura Sanitaria Extraregionale _____ per sottoporsi alla prestazione sanitaria _____.

Alla presente si allega:

- **CERTIFICAZIONE MEDICA** in originale della Struttura sanitaria extraregionale attestante l'avvenuta effettuazione della prestazione fruita dal paziente con indicazione del relativo setting assistenziale (in regime di ricovero o ambulatoriale) e la data di esecuzione;
- **DOCUMENTAZIONE PROBATORIA IN ORDIGINALE ATTESTANTE LE SPESE SOSTENUTE** (fatture quietanzate, ricevute di pagamento o equipollenti, ricevute fiscali, scontrini fiscali, biglietti di viaggio, ticket relativi a pedaggi autostradali).

In merito ai requisiti previsti, ai fini del rimborso, fa riferimento all'istanza di autorizzazione preventiva presentata presso codesta ASP in data _____

Si esprime Dichiarazione liberatoria in cui si da atto che i benefici previsti dalla L.R. n. 8/99 e ss. mm. e ii. sono soggetti al limite invalicabile del budget annualmente assegnato dal Bilancio regionale e che, conseguentemente, vi è la possibilità che l'esiguità di detto budget comporti il rischio che il rimborso possa non essere riconosciuto o essere riconosciuto in misura ridotta rispetto all'effettivo esborso per viaggio e soggiorno sostenuto.

Si da atto, altresì, che il rimborso avverrà soltanto previo finanziamento della Regione Calabria e, pertanto, si rinuncia ad ogni contenzioso per l'ipotesi di ritardo.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. gs n. 196/2003.

In fede

_____, li _____

Spazio riservato per l'autorizzazione a cura dell'ASP di _____ - Ufficio LR n. 8/99

- SI
 NON SI
- AUTORIZZA

Il Responsabile dell'Ufficio