ASU FC
Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER ACQUISTO DISPOSITIVI ELASTOCOMPRESSIVI
(D.G.R. n. 602/2010 – DPCM 12.1.2017 allegato 12)

DISTRETTO DI_____

Il/la sottoscritt_ _____nat_ a _____

il _____ Codice Fiscale:

residente a _____ Via _____

n° _____ Tel./Cell. _____ e-mail: _____

C H I E D E

il rimborso ai sensi di legge della somma pagata □ per sé □ per il/la familiare a carico:

_____

(cognome, nome, data di nascita, relazione di parentela)

C.F.:

come dai sottoindicati documenti allegati:

1) Fattura pagata n. _____€ _____

2) Proposta Specialistica con Collaudo del Dr. /Dr.ssa _____

□ **il rilascio della DICHIARAZIONE DI AVVENUTO RIMBORSO.**

DICHIARA DI AVERE DIRITTO ALLA CONCESSIONE DEL RIMBORSO perché Assistito rientrante nei soggetti aventi diritto di cui all'Allegato 1 della D.G.R. n. 602/2010 (integrata dagli aventi diritto individuati dal DPCM 12.01.2017 - allegato 12) - in quanto:

□ **Soggetto portatore di patologie correlate a linfedema primitivo**
□ **Soggetto portatore di patologie correlate a linfedema secondario ad eventi ustionanti**
□ **Soggetto portatore di patologie correlate a linfedema secondario a malattie neoplastiche**
□ **Soggetto portatore di patologia rara: codice _____**

ALLEGATI:

1) **Fattura Originale pagata della Ditta;**
2) **Prescrizione del dispositivo in originale redatta dal Medico Specialista competente (compilata anche nella 2ª parte relativa al Programma terapeutico – Controlli, ecc).**

Si richiede che il pagamento venga effettuato a mezzo:

- ☐ **emissione di assegno di traenza**
- ☐ **accredito su c/c bancario o c/c postale**

CODICE IBAN:

Dichiara infine di essere informato/a che i dati personali raccolti, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, nel pieno rispetto delle norme di legge vigenti, secondo principi di liceità e correttezza.

Luogo, data _____ **Firma** _____

NOTE:

- **CODICE FISCALE (OBBLIGATORIO) del richiedente e della persona per la quale si chiede il rimborso.**
- **SULLA DOMANDA DEVE ESSERE BARRATO se il richiedente rientra fra i Soggetti affetti da linfedema primitivo, secondario a malattie neoplastiche, secondario ad eventi ustionanti, portatore di malattia rara.**
- **SCELTA MODALITÀ DI PAGAMENTO del rimborso: OBBLIGATORIO SEMPRE IN QUALSIASI CASO. Se la scelta è mediante ACCREDITO SU C/C BANCARIO o POSTALE Obbligatorio INDICAZIONE Codice IBAN. In caso di IBAN errato o non leggibile la GREF non paga e viene trasformato d'Ufficio in Assegno di Traenza.**
- **DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE:**
  1) Fattura Originale pagata della Ditta. Non costituisce fattura il Bollettino di pagamento. La fattura DEVE ESSERE SEMPRE IN ORIGINALE ALTRIMENTI IL CONTRIBUTO NON VIENE EROGATO
  2) Prescrizione ORIGINALE e relativo COLLAUDO. L'assistito, dopo avere ricevuto il dispositivo, DEVE RITORNARE dal PRESCRITTORE PER FARE IL COLLAUDO.
- **IMPORTO DEL RIMBORSO CONCEDIBILE: l'80% (massimo concedibile per singola fattura a prescindere dal costo del dispositivo)**
  ATTENZIONE: CONCEDIBILE DA PARTE DEL S.S.R. UN SOLO dispositivo all'anno, inteso dalla data di richiesta al 31 dicembre del medesimo anno in corso. (Anno Solare)
- **DICHIARAZIONE DI AVVENUTO RIMBORSO: l'importo rimanente a carico dell'assistito è detraibile dalla Dichiarazione dei Redditi, previa presentazione della Dichiarazione di Avvenuto Rimborso.**