

All'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASUFC)  
Via Pozzuolo 330  
33100 Udine  
**Distretto Sanitario di** \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** Richiesta di autorizzazione per la fruizione di Cure Climatiche/Termali/Soggiorno terapeutico ai sensi della L.R. 27 novembre 2001 n. 25, artt. 3 – 4 – 5 per l'anno **2020**.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Cod.Fisc \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ N. Tel \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

avvalendosi delle disposizioni di cui agli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni previste dall'articolo 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'articolo 75 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la sua responsabilità

#### DICHIARA

DI ESSERE TITOLARE DI (barrare la voce che interessa):

- PENSIONE PRIVILEGIATA ORDINARIA PROVVISORIA/DEFINITIVA per causa di guerra
- PENSIONE PRIVILEGIATA ORDINARIA PROVVISORIA/DEFINITIVA per malattie riconosciute dipendenti da causa di Servizio
- PENSIONE TABELLARE (equiparabile alla Pensione Privilegiata Ordinaria) per infermità contratte durante il periodo di Leva
- che le copie degli eventuali documenti presentati a corredo della domanda sono conformi all'originale

#### CHIEDE

**Che gli venga concessa la seguente prestazione aggiuntiva di assistenza :**

- Un ciclo di Cure Climatiche presso \_\_\_\_\_
- Un ciclo di Cure Termali
- Un soggiorno terapeutico presso \_\_\_\_\_
- Con accompagnatore Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

che il contributo sia liquidato mediante:

ACCREDITO CONTO CORRENTE:  BANCARIO  POSTALE

Codice IBAN (obbligatorio) Possibilmente allegare fotocopia del codice rilasciato dall'istituto bancario/postale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ASSEGNO A TRAENZA (per importi fino a € 1.000,00 ai sensi dell'art.12, c.2 L.22.12.2011, n.214)

#### **ALLEGA**

"Referto e proposta del Medico di Medicina Generale";

altro \_\_\_\_\_

copia di un documento di identità valido

#### **E' INFORMATO CHE**

- Le prestazioni sanitarie sono erogate in correlazione alla patologia invalidante
- Lo stabilimento termale dovrà essere regolarmente convenzionato per l'erogazione delle cure richieste.
- Ai sensi del vigente Regolamento UE in materia di privacy (GDPR 2016/679), i dati riportati nella presente domanda verranno utilizzati dall'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale solo con riferimento al procedimento per il quale sono stati rilasciati.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

# REFERTO E PROPOSTA DEL MEDICO CURANTE

(da compilarsi a cura del M.M.G.)

Signor ..... nato il .....

diagnosi per la quale vengono proposte le cure .....

Se è necessario un accompagnatore durante il periodo delle cure, per invalidi che sono nella impossibilità di attendere alle esigenze della vita quotidiana, indicare i motivi .....

PROPONGO le seguenti cure NECESSARIE E INERENTI ALL'INFERMITA' PENSIONATA.

( ) CURE TERMALI – indicare il ciclo di cura da eseguire .....  
- aventi diritto: gli invalidi che, per infermità dipendenti da cause di guerra o per servizio, ne presentino l'indicazione clinica e non siano affetti da infermità che controindicano il trattamento termale.

( ) CURE CLIMATICHE PER GLI INVALIDI PENSIONATI PER INFERMITA' TUBERCOLARE  
Presentino uno dei seguenti quadri clinico-radiologici (barrare la casella che interessa);  
- esiti di interventi demolitori del polmone (pneumectomia, lobectomia);  
- decorticazione pleuriche;  
- esiti di toracoplastica con resezione di almeno cinque costole;  
- esiti di tubercolosi del polmone associati a postumi di TBC del rene, intestinale, osteoarticolare o laringeo;  
- esiti di morbo di Pott associati a postumi di tubercolosi di una o più grandi articolazioni (spalla, gomito, ginocchio);  
- nefrectomia per TBC renale;  
- coesistenza di postumi di due o più forme tubercolari interessanti il rene, la laringe, il sistema scheletrico, l'apparato digerente;  
- fibrotorace totale retraente, con evidente attenuazione del mediastino e riduzione della capacità respiratoria;  
- compromissione dello stato generale di nutrizione e sanguificazione conseguente a marcati esiti della malattia tubercolare o evidenti alterazioni della funzionalità cardiorespiratoria per esiti fibrosclerotici di tubercolosi polmonare.

DETTI INVALIDI DEVONO PRESENTARE IN VISIONE AL MEDICO E ALLEGARE ALLA DOMANDA UN CERTIFICATO DEL DISPENSARIO PER MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO dal quale risulti che presentano uno dei quadri clinico radiologici di cui sopra.  
INDICARE IL CLIMA PROPOSTO (mare – lago – collina – montagna) .....

( ) CURE CLIMATICHE PER GLI INVALIDI ASCRITTI ALLA PRIMA CATEGORIA di pensione di infermità non tubercolare per i quali il clima rappresenti un fattore terapeutico atto a prevenire riacutizzazioni o complicanze dell'infermità pensionata.  
INDICARE IL CLIMA PROPOSTO (mare – lago – collina – montagna) .....

SOGGIORNI TERAPEUTICI – Aventi diritto GLI INVALIDI AFFETTI (barrare la casella);

- insufficienza respiratoria cronica;
- risentimento cardiaco secondario a insufficienza resp. Cronica (cuore polmone cronico);
- insufficienza cardiovascolare non scompensata;
- gravi affezioni degenerative articolare e/o della colonna vertebrale;

Che a causa delle INFERMITA' PENSIONATE abbiano NECESSITA' DI TERAPIA CLIMATICA

- al fine di consolidare i risultati ottenuti con recenti ricoveri o con intense e prolungate cure ambulatoriali;
- al fine di prevenire aggravamenti di dette infermità cronicizzate e suscettibili di complicanze per le condizioni climatiche sfavorevoli della località di residenza.

IL MEDICO CURANTE

DATA .....

(timbro e firma)