

  
**Azienda Provinciale** *per i Servizi Sanitari*  
 Provincia Autonoma di Trento  
**Distretto Sanitario Centro Nord**  
 V.le Verona – 38123 Trento

**Richiesta di rimborso delle spese di viaggio/soggiorno ai sensi di quanto previsto dalla L.P. 33/88 e dalla Deliberazione della Giunta Provinciale n. 960/2006 e ss.mm.**

**Si prega di compilare la domanda in tutte le parti in maniera chiara e leggibile.**

DATI RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**D I C H I A R A**

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ di risiedere nel comune di \_\_\_\_\_

prov. (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

n° telefono/cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**di essere regolarmente iscritto al Servizio Sanitario Provinciale** (*requisito necessario*)

**C H I E D E**

DATI ASSISTITO

per sé

per il minore sottoindicato  
(in qualità di esercente la potestà genitoriale)

per la persona sotto indicata  
(in qualità di tutore, curatore o amministratore di sostegno)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente nel comune di \_\_\_\_\_

prov. (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

n° telefono/cell. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**regolarmente iscritto al Servizio Sanitario Provinciale**

sulla base del parere espresso dal Centro di Riferimento per gli interventi di alta specializzazione

**IL RIMBORSO DELLE SPESE DI VIAGGIO/SOGGIORNO  
SOSTENUTE DAL RICHIEDENTE A SEGUITO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE FRUITE PRESSO:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

indicare nome e luogo della/delle struttura/e sanitaria/e

come specificato nella tabella di seguito compilata.

	RICOVERO ORDINARIO		VISITE AMBULATORIALI DAY HOSPITAL (indicare data prestazione)	SPESE DI VIAGGIO				SPESE DI SOGGIORNO			
	DATA AMMISSIONE	DATA DIMISSIONE		MEZZO		PERCORSO		A/R	ALBERGO si/no	PASTI/ SPESA ALIMENTARE si/no	APPARTAMENTO E SIMILI (indicare periodo e n. occupanti)
				PRIVATO (indicare n. totale viaggi A/R)	PUBBLICO (indicare mezzo utilizzato)	LUOGO DI PARTENZA	LUOGO DI ARRIVO				
<b>ASSISTITO</b>											
<b>ACCOMPAGNATORE</b>  (nome e cognome)	Indicare le date di accompagnamento per i ricoveri, le visite ambulatoriali e i day hospital, nonché il mezzo utilizzato, il percorso e l'eventuale soggiorno dell'accompagnatore.		DATE accompagnamento								
	<b>PENDOLARISMO - alternativo al soggiorno:</b> in caso di pendolarismo (nei soli casi di ricovero) indicare date, numero viaggi effettuati e percorso.		DATE pendolarismo								
								NO	NO	NO	
									NO	NO	NO
									NO	NO	NO
									NO	NO	NO
									NO	NO	NO
									NO	NO	NO

**NOTE :** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ai fini del rimborso il sottoscritto **ALLEGA**:

- documentazione di spesa viaggio/soggiorno in originale (biglietti mezzi trasporto pubblico, fatture/ricevute albergo, affitto, pasti con esclusione delle spese voluttuarie e accessorie come bevande, telefonate, tv, ecc) (**SE PRESENTE**);
- attestazione di visita ambulatoriale/certificato di ricovero o, in alternativa, copia del referto o della relazione di dimissione (**ALLEGATO OBBLIGATORIO**);

ed in aggiunta:

per i soli **assistiti che chiedono rimborso per l'accesso al Centro Fibrosi Cistica dell'Ospedale Maggiore di Verona**

- certificazione medica attestante la patologia (da presentare solo in occasione della prima richiesta);
- certificazione specialista attestante la necessità di permanere nelle vicinanze del presidio ospedaliero (per rimborso spese di soggiorno dell'assistito);
- certificazione specialista attestante la necessità di assistenza dell'assistito maggiorenne ai fini del rimborso di viaggi/soggiorni dell'accompagnatore.

per i soli **assistiti arruolati dalle Unità Operative del SOP in trials clinici sperimentali**:

- certificazione medico del SOP attestante arruolamento trials sperimentale (da presentare solo in occasione della prima richiesta);
- certificazione specialista necessità di permanere nelle vicinanze del presidio ospedaliero (per rimborso spese di soggiorno dell'assistito);
- certificazione specialista attestante la necessità di assistenza ai fini del rimborso di viaggi/soggiorni dell'accompagnatore.

**COORDINATE BANCARIE DEL RICHIEDENTE (compilazione OBBLIGATORIA)**

IT(2 cifre)	CIN	ABI	CAB	N° C/C

Intestato a \_\_\_\_\_

Banca \_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi del DPR 445/00**

Si rende noto che la suddetta istanza contiene dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/00 ed è quindi soggetta alle pene previste dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000. Qualora la presente istanza non venisse firmata dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione perché inviata tramite servizio postale o con altra modalità, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 del DPR 445/2000).

**Informativa ai sensi dell'art. 13 – D. Lgs. 196/2003**

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per tale scopo.

**Comunicazione avvio del procedimento**

Qualora la domanda sia presentata all'ufficio Alta Specializzazione, copia della stessa viene consegnata al richiedente ai sensi dell'art. 8 della L. 241/1990 quale "comunicazione di avvio del procedimento".

Trento, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

-----  
 Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione è stata:

- sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto

-----  
*(timbro dell'ufficio e firma del dipendente addetto)*

- sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**RICHIESTA RIMBORSO SPESE VIAGGIO E SOGGIORNO**

**Riferimenti normativi:** Legge Provinciale 33/88; delibera della G.P. n. 960 del 2006; delibera della G.P. n. 2192 del 2012

**Beneficiari:**

- Soggetti - iscritti al Servizio Sanitario Provinciale;
- residenti nella Provincia Autonoma di Trento;
- in possesso di autorizzazione del Centro di Riferimento per l'Alta Specializzazione (ove previsto).

**Autorizzazione del Centro di Riferimento per gli interventi di Alta Specializzazione**

Tutti i rimborsi di cui all'oggetto devono essere preventivamente autorizzati dal CDR **ad eccezione** dei rimborsi:

- per assistiti arruolati dalle Unità Operative del SOP in trials clinici sperimentali fuori provincia;
- per assistiti affetti da fibrosi cistica che accedono al Centro Fibrosi Cistica dell'Ospedale Maggiore di Verona;
- per assistiti nefropatici che accedono a strutture fuori provincia per i follow up, la cui autorizzazione verrà rilasciata in funzione di ogni singola richiesta.

**MODALITA' DI RICHIESTA**

- modulo di domanda compilato e sottoscritto in originale dal richiedente o da chi lo rappresenta giuridicamente, completo di dati bancari e corredato da copia del documento di identità se non sottoscritto dinanzi al funzionario addetto;
- attestazione di visita ambulatoriale/certificato di ricovero o, in alternativa, copia del referto o della relazione di dimissione;
- documentazione di spesa **IN ORIGINALE** (se presente);
- eventuali ulteriori allegati richiesti dal Centro Provinciale di Riferimento;
- eventuali ulteriori allegati in relazione alla fattispecie di rimborso (Centro Fibrosi Cistica dell'Ospedale Maggiore di Verona e per trials clinici sperimentali fuori provincia di assistiti arruolati dalle Unità Operative del SOP).

**DOCUMENTAZIONE DI SPESA E MODALITA' RIMBORSO****SPESE DI VIAGGIO:****VIAGGIO IN AUTO**

- (SI AUTODICHIARANO I VIAGGI: non si raccolgono pedaggi autostradali, spese benzina, spese parcheggio – **VANNO COMUNQUE TRATTENUTI I TAGLIANDI PER GLI EVENTUALI SUCCESSIVI CONTROLLI**): il rimborso chilometrico, dovuto nella misura di 1/5 del costo della benzina verde all'inizio mese in cui è stato effettuato il viaggio per unità chilometrica, è calcolato d'ufficio con il supporto dell'applicativo Google Maps (percorso chilometricamente più breve).
- ➔ *Nel modulo di domanda è necessario dichiarare numero viaggi, percorso e relative date.*

**MEZZI PUBBLICI**

**La documentazione di spesa in originale deve riportare in modo chiaro l'importo, il percorso e la data di fruizione:**

- in **TRENO** l'importo rimborsato è corrispondente al valore del biglietto.
- **AUTOBUS** e **METROPOLITANA**, gli importi rimborsabili sono quelli corrispondenti al valore dei biglietti, con un massimo di due accessi al giorno dalla dimora temporanea al presidio sanitario.
- **TAXI**: gli importi rimborsabili sono quelli corrispondenti al costo sostenuto con un massimo di due accessi al giorno dalla dimora temporanea al presidio sanitario (**ricevuta/scontrino fiscale o fattura devono essere espressamente richieste al taxista prima del termine della corsa**).
- **NAVE**: si avrà come riferimento per il rimborso il prezzo del biglietto nei limiti della classe turistica praticata dalle Compagnie.
- **AEREO**: si avrà come riferimento per il rimborso il prezzo del biglietto nei limiti della classe turistica praticata dalle Compagnie.

E' ammesso il rimborso delle spese di viaggio anche per il percorso dalla stazione e /o dall'aeroporto alla dimora temporanea o al presidio sanitario che eroga la prestazione autorizzata.

**SPESE DI SOGGIORNO:**

- **FATTURE QUIETANZATE O RICEVUTE FISCALI IN ORIGINALE relative al pernottamento o alla locazione intestate all'assistito o accompagnatore riportanti l'esatto periodo di riferimento, il numero degli occupanti l'alloggio e, in caso di soggiorno alberghiero, il tipo di pensione (solo pernottamento, mezza pensione, pensione completa);**
- **RICEVUTE FISCALI O SCONTRINI PARLANTI IN ORIGINALE relativi ai pasti o alla spesa alimentare. sono escluse spese voluttuarie e accessorie come bevande, telefonate, tv, ecc.**

Importo massimo giornaliero rimborsabile per soggetto autorizzato per spese vitto/alloggio: € 100,00 per l'estero; € 70,00 per l'Italia.

**In alternativa** al soggiorno il soggetto autorizzato può optare per un pendolarismo giornaliero dalla residenza/dimora al presidio sanitario nel limite del tetto massimo giornaliero rimborsabile

- ➔ *In tal caso numero viaggi, percorso e relative date vanno dichiarati nel modulo di domanda.*

In caso di andata e ritorno senza pernottamenti non è previsto il rimborso dei pasti.

In caso di pernottamento si rimborsano i soli pasti relativi alla giornata del pernottamento e nel limite del tetto massimo.

L'unico caso in cui si rimborsano i pasti in assenza di soggiorno a titolo oneroso è nell'ipotesi di assistenza in ospedale durante il ricovero, per un massimo di 3 pasti al giorno e nel limite dell'importo massimo.

- ➔ *In tal caso specificare nelle note del modulo di domanda che trattasi di assistenza ospedaliera.*

➔ **DOVE RIVOLGERSI:**

**DISTRETTO CENTRO NORD - UFFICIO ALTA SPECIALIZZAZIONE**

Centro per i Servizi Sanitari Viale Verona - Palazzina B – 38123 - Trento

Tel. 0461-902364 – 0461 902267 – 0461 902797 Fax 0461-902287 - E-mail: [ufficio.altaspecializzazione@apss.tn.it](mailto:ufficio.altaspecializzazione@apss.tn.it)

Orario apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 10:30