

  
**Azienda Provinciale** *per i Servizi Sanitari*  
 Provincia Autonoma di Trento

**Distretto Sanitario Centro Nord**  
 V.le Verona – 38123 Trento

OGGETTO: *rimborso spese viaggio e soggiorno ai sensi della L.P. 33/88 in occasione di accessi in strutture sanitarie fuori Provincia – richiesta di autorizzazione.*

**Si prega di compilare la domanda in tutte le parti ed 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 essere residente nel comune di \_\_\_\_\_

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

n° telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

di possedere il 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 \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

**regolarmente iscritto al Servizio Sanitario Provinciale**

PREVENTIVAMENTE

A POSTERIORI (*solo nei casi di documentata urgenza e gravità*)

**L'AUTORIZZAZIONE PER ACCEDERE ALLA STRUTTURA SANITARIA**

**E IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE AL RIMBORSO SPESE VIAGGIO/SOGGIORNO AI SENSI DI QUANTO DISPOSTO DALLA L.P. 33/88**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(indicare nome e luogo della/delle struttura/e sanitaria/e)*

per la fruizione di prestazioni sanitarie nell'anno \_\_\_\_\_  nuova domanda  
 rinnovo

al fine di ottenere:

rimborso delle spese di viaggio:  per assistito  
 per un accompagnatore

rimborso delle spese di soggiorno:  per assistito  
 per un accompagnatore

**A supporto di tale istanza allega la seguente documentazione:**

- certificato medico specialistico redatto in data \_\_\_\_\_  
dal dott. \_\_\_\_\_
- altro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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 AUTORIZZAZIONE AL RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO E SOGGIORNO IN CASO DI FRUIZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE FUORI PROVINCIA**

**Riferimenti normativi:**

Legge Provinciale 33/88  
 Deliberazione della Giunta Provinciale n. 960 del 2006  
 Deliberazione della Giunta Provinciale n. 2192 del 2012

**Beneficiari:**

soggetti iscritti al Servizio Sanitario Provinciale residenti in provincia di Trento

**Interventi e patologie::**

trapianti d'organo, ivi compresa la tipizzazione e l'assistenza post-operatoria;  
 patologie congenite ad altissimo rischio invalidante;  
 patologie acquisite che richiedono altissima specializzazione sia nella fase terapeutica che in quella riabilitativa;  
 per prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione che non siano tempestivamente ed adeguatamente erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Provinciale.

**Autorizzazione preventiva:**

Per l'erogazione dei rimborsi l'assistito deve presentare **preventivamente** domanda di autorizzazione all'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari. Tale istanza può essere presentata a posteriori **solo in caso di documentata urgenza e gravità** (ricoveri in urgenza, trasferimenti tra ospedali, ecc).

L'APSS tramite il Centro Provinciale di Riferimento per gli Interventi di Alta Specializzazione, esamina la domanda e, qualora riscontri la presenza dei requisiti richiesti, rilascia autorizzazione all'interessato.

La domanda deve essere corredata dalla documentazione sanitaria atta a dimostrare la necessità del ricorso alle prestazioni specifiche e quindi essere motivata.

**L'autorizzazione ha una scadenza. In prossimità della stessa, al permanere delle necessità, si dovrà presentare, in via preventiva, domanda di rinnovo dell'autorizzazione.**

Non necessitano di autorizzazione preventiva i 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.

**DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE:**

- **MODULO DI DOMANDA PREDISPOSTO E COMPILATO IN OGNI SUA PARTE**

- **ALLEGATI OBBLIGATORI:**

- certificazione del medico specialista della patologia da cui è affetto il paziente che indichi:
  - breve storia clinica e/o diagnosi;
  - tipo di prestazioni di cui ha necessità;
  - presidio sanitario, luogo del centro di cura e presumibile durata dei trattamenti proposti;
  - l'eventuale necessità di un accompagnatore (se l'assistito è maggiorenne).
 Solo per gli assistiti in *età pediatrica* è possibile allegare la prescrizione rilasciata dal PEDIATRA.

- **ALLEGATI EVENTUALI:**

- ALTRA DOCUMENTAZIONE: clinica o di altra natura, a discrezione del richiedente, se finalizzata a fornire altre notizie utili alla valutazione (storia pregressa, continuità terapeutica, ecc.)

**ITER PROCEDIMENTALE:**

La domanda verrà valutata dal Centro di Riferimento per gli Interventi di Alta Specializzazione e a conclusione istruttoria l'assistito verrà informato dell'esito dell'istanza e delle eventuali modalità per la richiesta del rimborso.

◆ 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