

Al Responsabile P.S.T. di \_\_\_\_\_

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**il rilascio dell'autorizzazione alla prestazione per poter beneficiare delle provvidenze previste dalla Legge Regionale n.8/99**

per se/per l'assistito \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ domiciliato in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ che deve recarsi presso il presidio sanitario

struttura pubblica  struttura privata accreditata  day hospital  day surgery

sito in \_\_\_\_\_ per la fruizione delle seguenti prestazioni sanitarie:

in regime:  di ricovero  ambulatoriale  day hospital  day surgery

che dovranno essere presumibilmente fruite entro il termine \_\_\_\_\_

per la durata di giorni \_\_\_\_\_

**CHIEDE**, inoltre, l'autorizzazione alla presenza dell'accompagnatore/ di entrambi i genitori  
Nominativo accompagnatore/ genitori:

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

**ALLEGA ALLA PRESENTE:**

- **in prima istanza:**

- 1) certificato dello specialista di struttura pubblica corredata dalla documentazione sanitaria atta a dimostrare la necessità del ricorso alle prestazioni sanitarie di alta specializzazione fuori Regione e/o la sussistenza di liste d'attesa non compatibili con il carattere d'urgenza della prestazione;
- 2) dichiarazione del reddito presentata nell'anno precedente atta a dimostrare un reddito lordo familiare inferiore ad € 36.000 ;
- 3) certificazione medica specialistica attestante la necessità dell'accompagnatore;
- 4) fotocopia della tessera sanitaria dell'assistito.

- **istanza successiva alla prima:**

(esclusivamente per soggetti trapiantati e/o portatori di gravi patologie)

- 1) prescrizione di visita di controllo (o di altra prestazione comunque correlata alla prima richiesta ) rilasciata dal centro fuori regione relative a prestazione già autorizzata in prima istanza con prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ (soggetti trapiantati e/o portatori di gravi patologie);

□ 2) integra la documentazione allegata alla prima istanza con la seguente documentazione:

---

---

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto** \_\_\_\_\_ dichiara di essere a conoscenza che il rimborso avverrà solo previa finanziamento della Regione Calabria e nei limiti dei fondi regionali finalizzati alla copertura finanziaria della L.8/99 e pertanto rinuncia ad ogni contenzioso in caso di ritardo e/o di insufficienza degli stessi.

**Il sottoscritto** \_\_\_\_\_, debitamente informato ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 169/03, autorizza al trattamento dei propri dati personali e sensibili.

**Il sottoscritto** \_\_\_\_\_ dichiara di essere a conoscenza che la richiesta di rimborso (rendiconto delle spese sostenute opportunamente documentato in originale) deve essere presentata entro e non oltre tre mesi dalla data dalla data dall'effettuazione della prestazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_