**Al Dirigente U.O.C. Convenzioni Strutture Private Accreditate e Trasporti Sanitari – AST Ancona**

# L.R. 20/5/2021 n. 7 – DOMANDA RIMBORSO SPESE A SUPPORTO DELLE CURE ONCOLOGICHE PRESTAZIONI FRUITE DALL' 11/06/2021

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____

il __ __ / __ __ / __ __ __ __ Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residente a _____ Via _____

tel. cellulare o fisso _____ Indirizzo email _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 D.P.R. 445/2000)

**IN QUALITÀ DI**

☐ diretto interessato

☐ genitore del minore

☐ tutore/curatore/amministratore di sostegno di (*allegare Decreto di nomina*)

☐ erede *(allegare atto notorio eredi)*

☐ delegato *(allegare delega)*

di: _____ C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**CHIEDE**

Il riconoscimento del RIMBORSO per le spese sostenute, nel rispetto del tetto massimo rimborsabile previsto dalla LR 7/21, per essersi recato/a dalla propria residenza a: _____
con il seguente mezzo di trasporto:

☐ MEZZO PUBBLICO ☐ MEZZO PROPRIO/DI FAMILIARI/DI TERZI ☐ TAXI SANITARIO ☐ AMBULANZA

A tal fine

**DICHIARA**

di avere avuto la necessità di essere accompagnato/a dal/la Sig./ra: _____

C. F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| come da certificazione medica allegata.

*(In assenza di certificazione attestante la necessità della presenza di un accompagnatore le spese sostenute non verranno rimborsate)*

che le somme delle quali richiede il rimborso sono state effettivamente pagate e che non ha goduto di altri rimborsi per lo stesso titolo da parte di enti pubblici o privati.

**COMUNICA**

Che l'importo dovrà essere accreditato nel conto corrente ☐ proprio, oppure ☐ intestato a (*allegare delega*):

_____ C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

IBAN |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data _____ Firma dichiarante _____

**Informativa breve sul trattamento dei dati personali ex artt. 13 e 14 del regolamento generale sulla protezione dei dati UE 2016/679 "GDPR"**
TITOLARE DEL TRATTAMENTO: Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Ancona - Sede: Viale C. Colombo 106 - 60127 Ancona (AN) - PEC: ast.ancona@emarche.it
RESPONSABILE PROTEZIONE DATI (DPO) Tel.: 071.2911517 - e-mail: dpo.ast.an@sanita.marche.it

**********

**Riservata Ufficio**:

Protocollo n. _____ Data _____