

Azienda Sanitaria  
Regionale Molise



**ASREM**

U.O.C. Integrazione Ospedale Territorio e Socio-Sanitaria

86100 Campobasso –Via Ugo Petrella  
Tel.0874409641 fax 0874409685  
C.F./P.IVA 01546900703

**Oggetto : LEGGE REGIONALE n.17 DEL 20/06/2007 e ss.mm.ii.**

**“Interventi a favore di soggetti sottoposti a trapianto di organi o affetti da patologie rare”.**

U.O.C. Integrazione Ospedale Territorio e Socio-Sanitaria  
Via U.Petrella N.1  
86100 Campobasso

Il sottoscritto/a

Nome e cognome.....

nato/a .....prov. di.....

il.....residente.....

inoltra istanza di anticipazione spese ai sensi della disposizione legislativa in oggetto  
come da documentazione allegata

FIRMA E DATA

In caso di mancata esibizione della documentazione indicata nella richiesta in oggetto la pratica sarà automaticamente archiviata e non si procederà al rimborso delle spese sostenute.



**U.O.C. Integrazione Ospedale Territorio e Socio-Sanitaria**  
**Via U.Petrella N.1**  
**86100 Campobasso**

per il tramite del Distretto Sanitario di \_\_\_\_\_

CONSEGNA A MANO

**ISTANZA DI ANTICIPAZIONE DELLE SPESE**

**Oggetto: LEGGE REGIONALE N.17 del 20/06/2007 e ss.mm.ii.**

**“Interventi a favore di soggetti sottoposti a trapianto di organi o affetti da patologie rare”.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

cittadino /a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_

Tel./Cell. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Soggetto sottoposto a trapianto d'organo o di tessuti \_\_\_\_\_

In qualità di:

Diretto interessato

Rappresentante legale del minore \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via/P. zza \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_.

Tutore/curatore/amministratore di sostegno (*cancellare la dicitura che non interessa*) di \_\_\_\_\_ (*allegare copia provvedimento di nomina*).

## DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 26.12.2000:

- di essere residente nella regione Molise
- di aver diritto agli accompagnatori (**art.34 della L.R. 10/05/19, N.4**) in quanto:
  - trattasi di paziente minorenne.
  - riconosciuto invalido civile al 100% con accompagnamento.
  - la necessità dell' accompagnatore è certificata dalla struttura sanitaria di ricovero (*per chi si reca in strutture sanitarie pubbliche italiane*).
  - la necessità dell'accompagnatore è specificata nel modello S2 (*per chi si reca in strutture sanitarie pubbliche estere*)
- di aver diritto al rimborso(**art.4 della L.R. 24/11/14, N. 20**)il cui nucleo familiare evidenzi un indicatore di situazione economica equivalente (ISEE) pari ad € \_\_\_\_\_ non superiore ad € 36.000,00 nei limiti dei seguenti importi:
  - a) *per ISEE non superiore ad € 16.000,00 è ritenuta ammissibile a rimborso il 100% della spesa;*
  - b) *per ISEE non superiore ad €24.000,00 è ritenuta ammissibile a rimborso il 60% della spesa;*
  - c) *per ISEE non superiore ad €36.000,00 è ritenuta ammissibile a rimborso il 25% della spesa.*
- che si recherà presso:
  - La Struttura Sanitaria Pubblica o Centro Trapianti \_\_\_\_\_ per esami preliminari e/o esami per la tipizzazione tissutale;
  - La Struttura Sanitaria Pubblica o Centro Trapianti \_\_\_\_\_ per sottoporsi a trapianto d'organo;
  - La Struttura Sanitaria Pubblica o Centro Trapianti \_\_\_\_\_ per controlli successivi al trapianto d'organo o derivanti dalle complicanze dell'intervento; (*Tali controlli sono rimborsabili solo qualora non effettuabili in regione*);
- che sarà ricoverato presso la predetta Struttura Sanitaria per il periodo:  
\_\_\_\_\_  
(*Indicare periodo di ricovero, specificando se trattasi di ricovero ordinario o day hospital*)
- che si recherà presso il predetto Centro \_\_\_\_\_ servendosi di
  - mezzo privato
  - mezzo pubblico (*si allegano biglietti di viaggio*)
    - a) aereo
    - b) treno
    - c) altro \_\_\_\_\_
    - d) Autoambulanza (l'utilizzo del mezzo deve essere necessariamente autorizzato dalla struttura sanitaria)

## DICHIARA

### ALTRESÌ I NOMINATIVI DEGLI ACCOMPAGNATORI

Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_

CodiceFiscale \_\_\_\_\_

Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_

CodiceFiscale \_\_\_\_\_

## CHIEDE

- L'anticipazione delle spese di viaggio e di soggiorno che sosterrà (misura massima dell'80% sul prevedibile contributo spettante, solo per cittadini trapiantati) per recarsi presso la predetta struttura sanitaria in occasione di :**  
*(sino ad un massimo giornaliero di € 150,00 per l'Italia ed € 300,00 per l'estero, precisando che gli scontrini dovranno riguardare solo ed esclusivamente acquisti di genere strettamente alimentare.)*

- Esami preliminari, ed esami per la tipizzazione tissutale.
- Intervento di trapianto d'organo.
- Controlli successivi al trapianto d'organo o derivanti dalle complicanze dell'intervento.

*(Tali controlli sono rimborsabili solo qualora non effettuabili in regione)*

- Espianto da donatore.

- L'anticipazione delle spese di viaggio sostenute dagli eventuali accompagnatori in occasione degli eventi sopra descritti.**

- L'anticipazione delle spese di soggiorno sostenute dagli eventuali accompagnatori in occasione degli eventi sopra descritti.**

- L'anticipazione delle spese di viaggio sostenute dal donatore in occasione degli eventi sopra descritti.**

- L'anticipazione delle spese di soggiorno sostenute dal donatore in occasione degli eventi sopra descritti.**

**Ai fini di cui sopra allega:**

Per l'estero:

- a) Modello S2(ex 112) attestante il ciclo di cura predeterminato, nonché la necessità dell'accompagnatore;
- b) Certificato della struttura sanitaria di ricovero attestante il ciclo di cura predeterminato, per cui si chiede l'anticipazione delle spese;

Per l'Italia:

- a) Certificato della struttura sanitaria di ricovero attestante il ciclo di cura predeterminato, per cui si chiede l'anticipazione delle spese;
- b) Certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria di ricovero attestante la necessità dell'accompagnatore;
- c) eventuale certificazione sanitaria attestante il riconoscimento dell'invalidità civile al 100% con diritto dell'accompagnamento;

Preventivo di spesa:

- a) dichiarazione ISEE;
- b) fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale;

**Il sottoscritto \_\_\_\_\_ si impegna ad inviare a codesto ufficio, alla fine del ciclo di cura autorizzato, i documenti giustificativi delle spese sostenute (ricevute/fatture per spese di soggiorno/vitto, biglietti di viaggio, scontrini autostradali).**

**Si impegna, altresì, a restituire la differenza qualora le spese sostenute risultino inferiori a quanto ricevuto in base al preventivo presentato.**

**Il sottoscritto dichiara inoltre:**

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.L.gs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- il conferimento dei dati è sempre obbligatorio: non fornire i dati comporta non osservare obblighi di legge e/o impedire che l'Ufficio ricevente possa rispondere alle richieste;
- i dati possono essere comunicati a tutti i soggetti che, secondo la normativa vigente, sono tenuti a conoscerli o possono conoscerli, nonché ai soggetti che sono titolari del diritto di accesso;
- i dati possono essere conosciuti dal Responsabile o dagli incaricati del Responsabile;
- l'interessato può esercitare i seguenti diritti previsti dall'art. 7 del D.L.gs. n. 196/2003:
  - a) richiedere la conferma o meno dell'esistenza o meno dei dati che lo riguardano;
  - b) ottenere la loro comunicazione in forma intelligibile;
  - c) richiedere di conoscere l'origine dei dati personali, le finalità e modalità del trattamento, la logica applicata se il trattamento è effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  - d) ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge;
  - e) aggiornare, correggere o integrare i dati che lo riguardano;
  - f) opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati.

**di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.L.gs. n. 196/2003, che:**

2. la Struttura Sanitaria ASREM potrà procedere ad idonei controlli sulla veridicità di quanto dichiarato, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## MODALITA' DI PAGAMENTO

- Accredito su c/c Bancario CODICE IBAN \_\_\_\_\_  
presso la Banca \_\_\_\_\_
  
- Accredito su c/c Postale CODICE IBAN \_\_\_\_\_  
presso l'ufficio postale di \_\_\_\_\_
  
- Assegno circolare non trasferibile ( per un importo non superiore ad EURO 1000 ai sensi della Legge n. 214 del 2011 art. 12 comma 2 lett. C).
  
- Quietanza diretta presso la Tesoreria Banca Popolare dell'Emilia Romagna ( per un importo non superiore ad EURO 1000 ai sensi della Legge n. 214 del 2011 art. 12 comma 2 lett. C).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_