



REGIONE PUGLIA
Azienda Sanitaria Locale BARLETTA – ANDRIA – TRANI
Via Fornaci, 201 – 76123 Andria

RIMBORSO AI SOGGETTI
NEFROPATICI IN TRATTAMENTO EMODIALITICO

PROTOCOLLO OPERATIVO

REDATTO	PROPOSTO E VERIFICATO	APPROVATO
<i>Dott.ssa Vincenza FIGLIOLIA</i> Dirigente Responsabile UOSVD Direzioni Amm.ve Distretti Socio Sanitari	<i>Dott. Domenico ANTONELLI</i> Distretto Socio Sanitario n. 1 <i>Dr. Aldo LEO</i> Distretto Socio Sanitario n. 2 <i>Dr.ssa Domenica MONTANARO</i> Distretto Socio Sanitario n. 3 <i>Dott. Domenico SPINAZZOLA</i> Distretto Socio Sanitario n. 4 <i>Dr. Francesco GALANTE</i> Distretto Socio Sanitario n. 5	<i>Dott. Ivan VIGGIANO</i> Direttore Amm.vo Aziendale <i>Dr. Alessandro SCELZI</i> Direttore Sanitario Aziendale

Sommario

ART. 1 – FINALITA’	3
ART. 2 – NORMATIVA DI RIFERIMENTO	3
ART. 3 – DESTINATARI E MODALITA’ DI TRASPORTO	3
a) TRASPORTO MEDIANTE MEZZO PUBBLICO	3
b) TRASPORTO MEDIANTE AUTOVETTURA PROPRIA	4
c) TRASPORTO MEDIANTE AUTOVETTURA AD USO PRIVATO.....	5
d) TRASPORTO MEDIANTE AUTOAMBULANZA PRIVATA	5
e) CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA	6
ART. 4 – MODALITA’ DI PRESENTAZIONE DELL’ISTANZA.....	6
ART. 5 – VERIFICA DELLE ATTIVITA’ E CONTROLLI	6
a) CONTROLLI AMMINISTRATIVI.....	6
b) CONTROLLI SANITARI.....	7
ART. 6 – ESCLUSIONE DAL RIMBORSO.....	8
ART. 7 – NEFROPATICI IN TRATTAMENTO DOMICILIARE.....	8
ART. 8 – NEFROPATICI IN TEMPORANEO SOGGIORNO IN ALTRE REGIONI O ALL’ESTERO	8
ART. 9 – DECORRENZA E DISAPPLICAZIONE	8
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	9
ART. 8 –	10
Allegato A.....	10
Allegato B.....	13
Allegato C.....	16
Allegato D	18
Allegato E.....	20



ART. 1 – FINALITA'

Il presente Protocollo Operativo disciplina il servizio erogato ai sensi del, DPCM 12/01/2017, che, all'art. 55 dispone: *“Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce ai soggetti nefropatici cronici in trattamento dialitico il rimborso delle spese di trasporto dal domicilio al centro dialisi, nei limiti e con le modalità fissate dalle Regioni”*.

Esso nasce dalla esigenza di garantire certezza e trasparenza all'azione amministrativa ed equità dell'accesso al servizio da parte dei cittadini nefropatici sottoposti a trattamento emodialitico residenti nel territorio dell'Azienda Sanitaria Locale Barletta – Andria – Trani, coerentemente con la normativa regionale vigente.

Il presente Protocollo Operativo definisce i criteri di rimborsabilità/non rimborsabilità delle spese di trasporto sostenute dai cittadini nefropatici residenti nel territorio della ASL BT.

I rimborsi previsti dal presente Protocollo sono sempre corrisposti sulla più breve distanza viaria tra il domicilio del paziente ed il Centro Dialisi e ritorno. Per domicilio del paziente si intende la sua effettiva abitazione, anche se diversa dalla residenza, dichiarata nella richiesta di rimborso.

ART. 2 – NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- a) Legge Regionale Puglia n. 9/1991 e s.m.i. (L.R. 23/1994);
- b) Legge Regionale Puglia n. 27/1993, modificata ed integrata dalla L.R. 17/1997 che disciplina l'autorizzazione al trasporto di infermi e feriti;
- c) Legge Regionale Puglia n. 4/2010, art. 42;
- d) Legge Regionale Puglia n. 14/2004;

ART. 3 – DESTINATARI E MODALITA' DI TRASPORTO

Destinatari del presente Protocollo sono i soggetti nefropatici cronici in trattamento dialitico e residenti nel territorio della ASL BT, ai quali vengono rimborsate le spese di trasporto sostenute per effettuare le sedute emodialitiche.

Il trasporto potrà avvenire con mezzi pubblici, autovettura propria, autovettura ad uso privato o con ambulanza, in base alle condizioni e secondo quanto stabilito dalla l. 9/91 art. 1 commi 1, 2, 3, 3 bis e 3 ter, e di seguito specificato.

a) TRASPORTO MEDIANTE MEZZO PUBBLICO

Ai sensi dell'art. 1 della L.R- Puglia 9/1991 e s.m.i. ai nefropatici cronici in trattamento dialitico presso la ASL di residenza è autorizzato il *“rimborso delle spese di trasporto entro il limite previsto per l'uso dei mezzi pubblici”*.

In caso di utilizzazione dei mezzi pubblici l'assistito ha diritto ad un rimborso pari al costo totale del biglietto. A tal fine è necessario allegare all'istanza di rimborso (all. A) la documentazione idonea a comprovare l'uso del mezzo pubblico, indicante il giorno ed il percorso effettuato (attraverso i biglietti di viaggio).



b) TRASPORTO MEDIANTE AUTOVETTURA PROPRIA

Ai sensi dell'art. 1 comma 2 della L.R. Puglia n. 9/1991 e s.m.i., *“Qualora le condizioni di salute dell'assistito, attestate da idonea certificazione medica rilasciata dal responsabile del centro dialitico ove è in trattamento o presso cui il paziente esegue i controlli, non consentono l'utilizzazione dei mezzi pubblici, è consentita l'utilizzazione di autoambulanza messa a disposizione dalla Usl o, previa autorizzazione, di autovettura propria ovvero ad uso privato con esonero per la stessa Usl da ogni responsabilità per l'uso del mezzo stesso”*.

Al comma 3 la L.R. Puglia n. 9/1991 dispone che *“In ogni caso di utilizzazione di autovettura propria è corrisposto un rimborso pari ad 1/5 del costo, vigente nel tempo, della benzina super per ogni chilometro percorso, nonché il rimborso delle spese sostenute per il pagamento dei pedaggi autostradali”*.

Pertanto, laddove il paziente utilizzi il proprio automezzo, il rimborso benzina da corrispondere è quello indicato mensilmente all'interno del sito del Ministero dell'Ambiente e della Sicurezza Energetica – Statistiche Energetiche e Minerarie.

Gli eventuali pedaggi autostradali potranno essere rimborsati purché debitamente documentati.

Il rimborso viene sempre corrisposto sulla più breve distanza viaria tra il domicilio del paziente ed il Centro Dialisi e ritorno calcolato con Google Maps.

Se l'assistito è accompagnato da un familiare o da altro soggetto, possono essere rimborsati quattro viaggi (andata e ritorno per inizio dialisi, andata e ritorno per fine dialisi), conteggiando i chilometri del percorso dal domicilio al centro dialisi. Il numero dei chilometri così ottenuto va moltiplicato per il numero di sedute emodialitiche effettuate ed il totale va moltiplicato per il quinto del costo al litro della benzina (riferito al mese per il quale si richiede il rimborso).

Il rimborso delle spese sostenute dall'accompagnatore due volte nella stessa giornata è da ritenersi ammissibile qualora il tempo occorrente a coprire la distanza dal luogo di domicilio del nefropatico al centro di trattamento sia tale da consentire un rapido rientro in sede dell'accompagnatore stesso e la ripresa dell'abituale attività giornaliera.

A tal fine, si ritiene convenzionalmente che la possibilità di rimborsare il doppio percorso sia subordinata ad una distanza non superiore al 50 km andata/ritorno. Per ottenere detto rimborso è necessario compilare ed allegare alla relativa istanza una dichiarazione dell'accompagnatore, secondo il modello allegato (allegato B).

c) TRASPORTO MEDIANTE AUTOVETTURA AD USO PRIVATO **(Organizzazioni/Associazioni/Società ecc.)**

In caso di utilizzazione di autovettura ad uso privato di un soggetto terzo, ai sensi del comma 3-bis dell'art. 1 L.R. Puglia n. 9/1991, *"È corrisposto il rimborso integrale della spesa sostenuta previo accertamento della congruità della spesa"*.

All'uopo, questa ASL riterrà congrui gli importi di seguito riportati:

> IMPORTO RETE URBANA

- Servizio di trasporto a/r nei giorni feriali: tariffa unica riconosciuta in maniera forfettaria

- € 30,00 per utilizzo di autovettura

- € 50,00 per utilizzo di autoveicoli oltre 5 posti

- Servizio di trasporto a/r nei giorni festivi e nelle ore notturne: tariffa unica riconosciuta in maniera forfettaria € 35,00

> IMPORTO RETE EXTRAURBANA

- Servizio di trasporto a/r nei giorni feriali:
 - € 25,00 + € 0,74 a km per utilizzo di autovettura
 - € 50,00 + 0,74 a km per utilizzo di autoveicoli oltre 5 posti

In caso di utilizzazione di autovettura ad uso privato i rimborsi sono corrisposti previa presentazione di richiesta da parte dell'assistito completa della prescritta certificazione medica, e devono essere specificati il tipo di autovettura, il numero di targa, il numero di km percorsi, il nominativo del proprietario/conducente, il giorno e l'orario di trasporto, secondo quanto richiesto dalla relativa modulistica.

- Servizio di trasporto a/r nei giorni festivi e nelle ore notturne: tariffa unica riconosciuta in maniera forfettaria € 60,00

d) TRASPORTO MEDIANTE AUTOAMBULANZA PRIVATA

Qualora le condizioni di salute del nefropatico non consentano l'utilizzazione dei mezzi di cui ai punti precedenti, ai sensi del comma 3 ter dell'art. 1 L.R. Puglia n. 9/91 *"E' consentita l'utilizzazione si autoambulanza privata, previa attestazione medico sanitaria rilasciata dal centro dialisi pubblico di competenza. Al paziente o alla ditta da questi delegata compete il rimborso chilometrico di cui al tariffario per i servizi di trasporto infermi applicato dalla Croce Rossa Italiana"*.

Attualmente è vigente il seguente tariffario, emesso dalla Associazione della Croce Rossa Italiana – Comitato Regionale Puglia (Provvedimento n. 98 del 05/11/2019):

- > Trasporto dializzato non deambulante = **euro 40,00**
- > Trasporto dializzato deambulante = **euro 20,00**
- > Raggiunti i 50 chilometri = **euro 0,70** per ogni chilometro aggiuntivo.

Tali tariffe sono applicabili al servizio e non alle sole tratte di andata o ritorno.

Questa tipologia di trasporto ha carattere di temporaneità, in quanto periodicamente il medico verifica la condizione di non autosufficienza dell'assistito ed attesta la necessità o meno della prosecuzione del trasporto in ambulanza, fermo restando che, al venir meno delle condizioni sanitarie che ne hanno determinato la necessità, il responsabile del centro di dialisi ove è in trattamento o presso cui il paziente esegue i controlli, deve certificare la decadenza dei requisiti.

e) CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA

In via residuale ed eccezionale rispetto alle precedenti previsioni, le Direzioni di Distretto, rilevate e valutate eventuali particolari condizioni del paziente e/o del trasporto (a titolo meramente esemplificativo: paziente bariatrico, condizioni orografiche ostative all'agevole accesso dei mezzi di trasporto etc...) potranno presentare istanza motivata e circostanziata alla Direzione Amministrativa, al fine di ottenere l'autorizzazione – previa valutazione di opportunità della Direzione – al rimborso delle spese con tariffe differenti rispetto a quelle approvate con il presente regolamento.

ART. 4 – MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELL'ISTANZA

I soggetti interessati dovranno presentare mensilmente apposita istanza al Distretto Socio Sanitario territorialmente competente, a mezzo p.e.c. ovvero in forma cartacea, secondo la modulistica allegata al presente Regolamento ("**Allegato A**" e "**Allegato B, Allegato C**"), corredata della documentazione di spese e della eventuale certificazione medica richiesta.

L'istanza dovrà essere presentata in via ordinaria entro il mese successivo a quello di effettuazione del trasporto, ovvero entro il quadrimestre successivo in caso di richiesta di rimborso di importo non rilevante.

ART. 5 – VERIFICA DELLE ATTIVITA' E CONTROLLI

L'ASL BT si riserva di controllare in qualsiasi momento e senza alcun preavviso la regolarità del servizio e dei mezzi utilizzati, nonché la sussistenza dei requisiti igienico – sanitari.

Fatte salve le dovute segnalazioni all'Autorità Giudiziaria per eventuali comportamenti penalmente rilevanti, nel caso in cui emergessero elementi di gravità tali da determinare la ricusazione del personale/volontario o della Organizzazione/Associazione/Società da parte di questa Azienda, la Direttrice Generale, sentite le strutture competenti, invierà formale e motivata lettera al Legale Rappresentante dell'Associazione, affinché alla stessa sia precluso l'accesso presso la ASL BT.

a) CONTROLLI AMMINISTRATIVI

Il Distretto Socio Sanitario di competenza, prima di procedere al rimborso, effettua il controllo dei chilometri dichiarati dall'assistito, dalla residenza/domicilio del medesimo in uno dei comuni della ASL BT al Centro Dialisi, il costo litro della benzina, le eventuali dichiarazioni degli accompagnatori (nel caso in cui l'assistito non utilizzi il mezzo proprio) che saranno acquisite in atti.

Qualora l'assistito utilizzi una vettura ad uso privato, all'istanza dovrà essere allegata copia del libretto di circolazione con attestazione di autorizzazione comunale all'esercizio

In caso di delega all'Ente che effettua il trasporto, il Distretto provvede ad acquisire con cadenza di solito mensile, una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del legale rappresentante con il dettaglio dei giorni di trasferimento, per ciascun paziente e dei mezzi utilizzati nelle giornate di dialisi, identificati con tipologia (auto o ambulanza) e numero di targa, nonché i nominativi dei soggetti trasportati (**Allegato D**).

Il Distretto socio sanitario conserva agli atti tutti i dati per ciascun paziente per il costante monitoraggio dei rimborsi erogati.

Il procedimento di rimborso delle spese agli assistiti deve concludersi entro 30 gg dalla presentazione dell'istanza, salvo l'interruzione dei termini in caso di richiesta di integrazione documentale (ex art. 2 l. 241/90).

In ogni caso non si applica la normativa europea sui ritardi nelle transazioni commerciali, vertendosi in ipotesi di rimborso, neppure quando l'assistito abbia ceduto il proprio credito all'ente che ha effettuato il trasporto.

Il ristoro delle spese di trasporto è corrisposto direttamente all'assistito. Rimane ferma la facoltà di quest'ultimo di delegare un soggetto terzo (ditta, associazione, società, ETS) alla riscossione del credito vantato nei confronti della ASL che, tuttavia, è estranea a qualsiasi contestazione e/o controversia che dovesse insorgere tra il paziente e il soggetto che ha effettuato il trasporto. L'ente che ha effettuato il trasporto dovrà pertanto emettere fattura direttamente nei confronti dell'assistito che successivamente, provvederà ad inoltrare l'istanza di rimborso.

b) CONTROLLI SANITARI

L'accertamento e la relativa certificazione dello stato di incompatibilità del paziente dializzato con l'utilizzo di mezzi diversi dall'ambulanza deve essere effettuato dal medico nefrologo di struttura pubblica al momento dell'arruolamento del paziente, contestualmente all'attestazione (eventuale) di carenza dei posti letto in struttura pubblica.

Il Direttore della S.C. di Nefrologia e Dialisi o suo delegato procede alla verifica dell'attuale permanenza della condizione di salute dei pazienti dializzati, sia quelli in carico alla struttura pubblica che alle strutture private allocate sul territorio di competenza della ASL, trasmettendo ai Direttori di Distretto un elenco aggiornato degli utenti, distinto per tipologia di mezzo di trasporto. La certificazione dello stato di salute potrà essere definitiva o provvisoria; in tale ultima ipotesi dovrà essere indicata anche la data entro la quale procedere alla verifica del mantenimento delle condizioni.

Con riferimento ai pazienti le cui condizioni di salute necessitano del trasporto in ambulanza, i Direttori di Distretto sono autorizzati alla liquidazione delle sole prestazioni inerenti il trasporto dei pazienti per i quali sia stata certificata la condizione, mentre il resto della platea di utenti avrà diritto al solo rimborso delle spese previste per il trasporto mediante autovettura ad uso privato.

Per le situazioni non definitive, il Direttore della S.C. di Nefrologia e Dialisi o suo delegato, periodicamente (almeno due volte l'anno) o entro la data precedentemente fissata, provvederà ad accertare le condizioni dei pazienti trasmettendo i risultati del controllo ai Direttori dei Distretti Socio Sanitari.

ART. 6 – ESCLUSIONE DAL RIMBORSO

Ai sensi delle norme regionali vigenti, nessun rimborso è dovuto qualora l'assistito usufruisca gratuitamente del trasporto, nonché qualora, sussistendo la possibilità di effettuare il trattamento presso il centro dialisi funzionante nel luogo di abituale domicilio o, comunque, nell'ambito territoriale della propria ASL, l'assistito ritenga di sottoporsi al trattamento dialitico presso strutture private anche convenzionate o presso centri pubblici insistenti nell'ambito territoriale di altra ASL.

In ogni caso, ai sensi di quanto precisato dalla Regione Puglia (Nota prot. n. 24/3868/1 del 09.02.2004), il rimborso è altresì riconosciuto a quei pazienti già in trattamento dialitico in altra ASL rispetto a quella di residenza, per i quali il Responsabile dell'Unità Operativa interessata attesti la sussistenza delle condizioni che giustificano la continuità del trattamento in struttura pubblica o privata transitoriamente accreditata di altra ASL.

Nessun rimborso è comunque dovuto a quanti optino volontariamente per il trattamento dialitico presso strutture pubbliche o private contrattualizzate in altra ASL in difformità da quanto indicato dall'Azienda Sanitaria di Residenza.

ART. 7 – NEFROPATICI IN TRATTAMENTO DOMICILIARE

I nefropatici in trattamento di emodialisi domiciliare ricevono in comodato d'uso gratuito l'impianto (rene artificiale o dialisi peritoneale) dalla ASL di residenza nonché tutto il materiale di consumo necessario all'esecuzione della prestazione emodialitica domiciliare.

Inoltre, è previsto, quale concorso nelle spese di energia elettrica ed acqua per il funzionamento dell'impianto, secondo la modulistica allegata al presente Regolamento (**"Allegato C"**), un contributo fisso mensile, rivalutabile annualmente in base all'aumento dell'indice ISTAT.

Per l'anno 2025 il contributo è pari a € 145.18 per il trattamento con rene artificiale e di € 96.79 per il trattamento di dialisi peritoneale (rivalutato sino a febbraio 2025).

ART. 8 – NEFROPATICI IN TEMPORANEO SOGGIORNO IN ALTRE REGIONI O ALL'ESTERO

Per tale ipotesi si rimanda integralmente a quanto previsto dall'art. 9 l.r. 5 del 5.11.1991.

ART. 9 – DECORRENZA E DISAPPLICAZIONE

Il presente regolamento produce i suoi effetti sin dal momento della pubblicazione del relativo atto deliberativo da parte della Direzione Generale di questa Azienda, con conseguente disapplicazione di ogni difforme tariffa e di ogni eventuale precedente accordo tra i soggetti esterni (associazioni, società ecc.) e la ASL BT.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- 1) L.R. 5 novembre 1991, n. 9 *“Normativa concernente le nefropatie croniche”*
- 2) L.R. 15 dicembre 1993, n. 27 *“Disciplina per l’autorizzazione e la vigilanza per il trasporto di infermi e feriti”*
- 3) L.R. 4 luglio 1994, n. 23 *“Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 5 novembre 1991, n. 9, avente ad oggetto ‘Normativa concernente le nefropatie croniche’”*
- 4) L.R. 17 giugno 197, n. 17 *“Prestazioni di dialisi in luogo di cura da parte di pazienti uremici non ricoverati”*
- 5) L.R. 4 agosto 2004, n. 14 *“Assestamento e prima variazione al bilancio di previsione per l’esercizio finanziario 2004”*
- 6) L.R. 25 febbraio 2010, n. 4 *“Norme urgenti in materia di sanità e Servizi sociali”*
- 7) DPCM 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*
- 8) Regione Puglia – nota prot. n. AOO/151/9853 del 13/10/2016 *“L.R. n. 9/91 e circolare applicative prot. n. 24/4106/339/13 del 11/02/1992. Richiesta indicazione”*
- 9) Regione Puglia – nota prot. n. AOO/0225250/2024 del 13.05.2024 *“Dialisi turistica 2024”*
- 10) Regione Puglia – nota prot. n. AOO/183/4700 del 11/04/2019 *“Gestione del paziente con uremia cronica terminale – rimborso delle spese di trasporto”*
- 11) Associazione CRI – Comitato Regionale Puglia *“Provvedimento del 5 novembre 2019, n. 98”*

Al Distretto Socio Sanitario n. _____

E-mail _____

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE TRASPORTO ASSISTITI IN EMODIALISI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
_____ il _____

Residente _____ a
_____ Via _____
_____ n. _____

Tel. _____ C.F.: _____

CHIEDE

il rimborso relativo alle spese di viaggio sostenute, per essere stato sottoposto ad emodialisi, con la

propria autovettura targata _____ durante il mese di _____
anno _____

da via _____ al centro dialisi _____

in quanto lo stesso non può viaggiare con i comuni mezzi di trasporto pubblico, come da certificazione sanitaria allegata.

A tal fine dichiara di non aver usufruito gratuitamente di alcun servizio di trasporto nel periodo da
_____ a _____

Dichiara altresì di sollevare codesta ASL BT da qualsiasi responsabilità derivante dall'uso del citato automezzo.

Modalità di pagamento richiesto:

- accredito su c/c bancario IBAN _____

Documenti da allegare:

- Copia documento di identità e tessera sanitaria
- Certificazione del centro Dialisi attestante le Dialisi effettuate
- Eventuale dichiarazione del Direttore del Dipartimento di Nefrologia attestante l'incompatibilità con l'uso del mezzo pubblico/autovettura propria/ e la necessità di uso di ambulanza privata

Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 679/2016 (Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali).

I dati forniti saranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 13-14 del GDPR 679/2016, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo ai presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Preso atto dell'Informativa di cui sopra, il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data _____

(Firma)

Azienda Sanitaria Locale BAT –Sede Legale Via Fornaci n. 201 – Andria (BT) 76123 C.F.
90062670725

Al Distretto Socio Sanitario n. _____

E-mail _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
_____ il _____
Residente a _____ Via
_____ n.

Tel. _____ C.F.: _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni non veritiere è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. n. 445/2000),

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ DICHIARA

di aver compiuto, con proprio automezzo, nel mese di _____ N° _____ viaggi di andata e

ritorno dal proprio domicilio di via _____ al CENTRO DIALISI di _____

e viceversa per Km. giornalieri TOTALI pari = Km. _____ e di aver utilizzato l'autovettura _____

targata _____

(DA COMPILARE SOLO NEL CASO DI VIAGGI CON ACCOMPAGNATORE)

di essere stato accompagnato dal/la Sig./ra _____ nel mese di _____ per gg. N. _____ e che lo stesso ha effettuato:

- due viaggi giornalieri di andata e ritorno

Dichiara altresì di sollevare codesta ASL BT da qualsiasi responsabilità derivante dall'uso del citato automezzo.

IL CONDUCENTE

IL RICHIEDENTE

Allegare:

- Copia documento di identità e tessera sanitaria
- Certificazione del centro Dialisi attestante le Dialisi effettuate
- Eventuale dichiarazione del Direttore del Dipartimento di Nefrologia attestante l'incompatibilità con l'uso del mezzo pubblico/autovettura propria/ e la necessità di uso di ambulanza privata

Modalità di pagamento richiesto:

- accreditato su c/c bancario IBAN _____

Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 679/2016 (Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali).

I dati forniti saranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 13-14 del GDPR 679/2016, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo ai presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Preso atto dell'Informativa di cui sopra, il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data _____

Firma _____

Azienda Sanitaria Locale BAT –Sede Legale Via Fornaci n. 201 – Andria (BT) 76123 C.F.
90062670725

Al Distretto Socio Sanitario n. _____

E-mail _____

RICHIESTA CONTRIBUTO MENSILE AI SENSI DELLA L.R.23 DEL 04/07/1994.

(Dialisi peritoneale)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il

residente a _____ Via _____ n.

Tel. _____ C.F.: _____

CHIEDE

Di poter ottenere il contributo mensile ai sensi della L.R.23 del 04/07/1994 come da certificazione allegata.

Il/La sottoscritta sottolinea che è stata trattata con Dialisi Peritoneale CAPD/APD dal

al _____

ALLEGARE COPIA:

- 1) Documentazione
- 2) Tessera sanitaria
- 3) Carta di identità

Modalità di pagamento richiesto:

- accreditato su c/c bancario IBAN _____

Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 679/2016 (Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali).

I dati forniti saranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 13-14 del GDPR 679/2016, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Preso atto dell'Informativa di cui sopra, il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data _____

Firma _____

Dichiara altresì di sollevare codesta ASL BT da qualsiasi responsabilità derivante dall'uso del citato automezzo.

IL CONDUCENTE

IL RICHIEDENTE

Allegare:

- Copia del documento di identità e copia tessera sanitaria del conducente e del richiedente.
- Copia carta di circolazione automezzo
- Eventuale iscrizione all'Albo degli Enti del Terzo Settore
- Delega dell'assistito con documento di identità
- Certificazione del centro dialisi
- Fatture/ricevute intestate al paziente

Modalità di pagamento richiesto:

- accredito su c/c bancario IBAN _____

Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 679/2016 (Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali).

I dati forniti saranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 13-14 del GDPR 679/2016, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Preso atto dell'Informativa di cui sopra, il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data _____

Firma _____

DELEGA DELL'ASSISTITO

Il sottoscritto sig. _____ nato a _____ il _____ C.F. _____

__dichiara di aver ceduto il proprio credito per il rimborso alla Ditta/Associazione/Società _____ che ha emesso il documento di spesa allegato alla presente istanza ed autorizza pertanto la ASL BT a pagare il relativo importo direttamente all'operatore con le modalità esplicitate, sollevando l'Amministrazione da ogni responsabilità in ordine al pagamento effettuato in caso di contestazioni o controversie che dovessero insorgere tra il sottoscritto e il trasportatore.

Si autorizza il trattamento dei dati personali nei rispetto delle disposizioni di legge.

Data _____

Firma _____