

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/ ATTO DI NOTORIETÀ
PER RICHIESTA RIMBORSO PER VISITA OCCASIONALE
Resa ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

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

a _____ prov. _____ telefono _____

consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di essere residente in Torino, CAP _____ Via _____ n. _____;
- di essersi trovato eccezionalmente al di fuori del proprio Comune di residenza e di essere ricorso alle cure del sanitario di cui allega documentazione, per motivi dettati esclusivamente da necessità mediche inderogabili;
- di appartenere alla seguente categoria avente diritto al parziale rimborso della spesa sostenuta:
 - ☐ minore di anni 6 (nome e cognome del minore _____ data di nascita _____);
 - ☐ ultra65enne, il cui nucleo familiare abbia un reddito lordo annuo inferiore a € 36.151,98;
 - ☐ portatore di handicap, il cui grado d'invalidità sia pari o superiore al 67%.

Dichiara inoltre di acconsentire, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.L. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti siano trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Consapevole che il rimborso concesso potrà ammontare a:

€ 5,16 per visita ambulatoriale medico-generica o di guardia medica turistica
€ 10,32 per visita domiciliare medico-generica o di guardia medica turistica
€ 10,32 per visita ambulatoriale pediatrica
€ 15,49 per visita domiciliare pediatrica

CHIEDE per sé / per il minore _____

il rimborso spese previsto per visita occasionale ☐ ambulatoriale ☐ domiciliare

eseguita dal Dr. _____ ☐ MMG ☐ PLS ☐ GUARDIA MEDICA TURISTICA

il _____ presso l'ambulatorio in via _____ comune _____

Si allega **documentazione originale di avvenuto pagamento** della prestazione.

Data _____

Firma _____

Parte riservata alla ASL

☐ Si autorizza il rimborso di € _____ ☐ Non si autorizza il rimborso in quanto _____

Data _____

Il Dirigente Medico _____