***Allegato B***

***ISTANZA DI AUTORIZZAZIONE AL PERCORSO DI TUTELA***
***PER L'ACCESSO ALTERNATIVO ALLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE***

***Spett.le ASL 6 Medio Campidano***

*Oggetto: Richiesta di rimborso*

*il/la sottoscritto/a_____nato/a a_____ ____il_____*
*C.F._____residente in_____ via_____*
*tel._____E-mail_____*

***CHIEDE***

*Il rimborso per prestazioni effettuate in libera professione intramoenia, ai sensi del "Percorso di tutela per l'accesso alternativo alle prestazioni specialistiche", a tal fine*

***DICHIARA***

*(Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)*

- *che in data ____/___/_____ ha effettuato la visita specialistica/ accertamento diagnostico denominata/o: _____;*
- *che la suddetta prima visita specialistica o accertamento diagnostico è inserita/o nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa con determinati tempi massimi di erogazione per priorità;*
- *che ha ricevuto dall'Asl Medio Campidano autorizzazione ad effettuare la prestazione in intramoenia.*

***DICHIARA ALTRESÌ***

- *di essere 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. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.*
- *che il rimborso potrà essere effettuato sul conto corrente bancario con il seguente IBAN :*

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

***A tal fine allega alla presente:***

1. *Autorizzazione all'effettuazione della prestazione con successivo rimborso rilasciata dall' Azienda;*
2. *copia documento di identità del richiedente in corso di validità;*
3. *copia documento di riconoscimento del beneficiario in corso di validità;*
4. *ricevuta pagamento relativa alla visita specialistica o esame diagnostico effettuato;*

*INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del D.Lgs 196/2003 I dati riportati nella presente dichiarazione verranno utilizzati dalla ASL solo con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata.*

*Data_____*

*Firma_____*