

**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI RAVENNA**

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE  
GENERALE**

Anno 2013

N. 171

Data 15/05/2013

MODIFICA DEL PROTOCOLLO OPERATIVO INERENTE "PROCEDURE DI RIMBORSO  
DELLE SPESE DI TRASPORTO PER CITTADINI IN TRATTAMENTO DIALITICO",  
APPROVATO CON DELIBERAZIONE N. 111 DEL 08.04.2013

**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI RAVENNA**

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

MODIFICA DEL PROTOCOLLO OPERATIVO INERENTE "PROCEDURE DI RIMBORSO DELLE SPESE DI TRASPORTO PER CITTADINI IN TRATTAMENTO DIALITICO", APPROVATO CON DELIBERAZIONE N. 111 DEL 08.04.2013

**Attesa la proposta dei Direttori dei Distretti Sanitari di Ravenna, Lugo e Faenza che si riporta integralmente:**

""

Richiamata la deliberazione n. 111 del 08.04.2013 con la quale è stato approvato il protocollo operativo in ordine alle "Procedure di rimborso delle spese di trasporto per cittadini in trattamento dialitico" (con annessi allegati: moduli **Allegato A** "Richiesta di rimborso spese di trasporto per assistiti dializzati", **Allegato B** "Richiesta autorizzazione preventiva per effettuazione delle sedute dialitiche presso strutture sanitarie all'estero");

Precisato che:

a) con riferimento al punto D "Rimborso per dialisi effettuata durante un temporaneo soggiorno in Italia e/o all'estero", al paragrafo D1 "Temporaneo soggiorno al di fuori dell'Azienda USL di Ravenna" - ultimo capoverso - era espressamente previsto quanto segue:

"La garanzia del mantenimento del posto costituisce diritto per l'assistito, nel contempo costituisce un costo organizzativo ed economico per l'Azienda, in ragione di ciò relativamente al trasporto viene garantito all'assistito (per i periodi in cui viene mantenuta la garanzia del trattamento) il rimborso per tragitti che vanno dal luogo di temporaneo domicilio fino al centro dialisi e comunque per un numero di chilometri non superiore a quelli effettuati dalla propria residenza al centro dialisi abituale. Il Dott. Emiliani e la coordinatrice richiedono di identificare il periodo soggiorno temporaneo come un periodo di vacanza, in quanto la definizione di temporaneo soggiorno è troppo allargata";

b) nella parte sopra specificata del paragrafo D1 sono state indicate delle prescrizioni non pertinenti, quali di seguito indicate, e ciò per effetto di puro errore materiale di trascrizione (refuso):

"in ragione di ciò relativamente al trasporto viene garantito all'assistito (per i periodi in cui viene mantenuta la garanzia del trattamento) il rimborso per tragitti che vanno dal luogo di temporaneo domicilio fino al centro dialisi e comunque per un numero di chilometri non superiore a quelli effettuati dalla propria residenza al centro dialisi abituale. Il Dott. Emiliani e la coordinatrice richiedono di identificare il periodo soggiorno temporaneo come un periodo di vacanza, in quanto la definizione di temporaneo soggiorno è troppo allargata";

per cui si rende necessario rettificare il testo del protocollo operativo al punto D paragrafo D1 - ultimo capoverso - con la omissione della parte non pertinente, restando confermata



la parte restante;

c) per effetto della suddetta rettifica l'ultimo capoverso del paragrafo D1 viene riformulato come segue:

"La garanzia del mantenimento del posto costituisce diritto per l'assistito, nel contempo costituisce un costo organizzativo ed economico per l'Azienda USL"

Ritenuto pertanto di modificare il testo del protocollo operativo approvato con deliberazione n. 111 del 08.04.2013, nei termini di cui al nuovo testo di documento allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale;

Attestata la conformità alle normative in vigore e quindi la legittimità del presente provvedimento;

Tenuto conto della intervenuta verifica da parte del Direttore della U.O. Direzione Amministrativa della Assistenza Distrettuale in ordine alla legittimità formale ed agli aspetti giuridico-amministrativi del presente atto, a termini della deliberazione n. 94 del 15.03.2013;

\*\*\*

## IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto della rappresentazione dei fatti e degli atti come sopra riportati dai Direttori dei Distretti Sanitari di Ravenna, Lugo e Faenza proponenti;

Acquisiti, in fase istruttoria, come attestati in calce al presente atto, i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, Dott. Savino Iacoviello e del Direttore Sanitario, Dr.ssa Raffaella Angelini;

## DELIBERA

**aderendo alla proposta come sopra formulata dai Direttori dei Distretti Sanitari di Ravenna, Lugo e Faenza proponenti:**

1) di approvare, per le motivazioni espresse in premessa e nei termini di cui al nuovo testo di documento allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale, il protocollo operativo in ordine alle "Procedure di rimborso delle spese di trasporto per cittadini in trattamento dialitico" (con annessi allegati: moduli **Allegato A** "Richiesta di rimborso spese di trasporto per assistiti dializzati", **Allegato B** "Richiesta autorizzazione preventiva per effettuazione delle sedute dialitiche presso strutture sanitarie all'estero");

2) di confermare in ogni altra sua parte la deliberazione n. 111 del 08.04.2013;

*(Distretto di Lugo/Referente istruttore atto: Dott.ssa Patrizia Verlicchi DT-LU)*

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. Savino Iacoviello)

Digitally signed by SAVINO  
IACOVIELLO  
Date: 2013.05.15 09:08:10  
CEST

IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dr.ssa Raffaella Angelini)

Digitally signed by  
RAFFAELLA ANGELINI  
Date: 2013.05.15 12:15:04  
CEST

IL DIRETTORE GENERALE  
(Dott. Andrea Des Dorides)

Digitally signed by  
ANDREA DES DORIDES  
Date: 2013.05.15 17:55:53  
CEST

LB/PV/

Si attesta che la presente deliberazione:

- a) in data 16/05/2013 è stata pubblicata all'Albo di questa Azienda U.S.L., ove rimarrà affissa per 15 giorni consecutivi;
- b) è stata trasmessa al Collegio Sindacale e all'U.O. Bilancio e Programmazione Finanziaria.

IL FUNZIONARIO INCARICATO  
(Monica Zini)

Digitally signed by MONICA  
ZINI  
Date: 2013.05.16 08:18:28  
CEST

---

# PROCEDURE DI RIMBORSO SPESE TRASPORTI PER CITTADINI IN TRATTAMENTO DIALITICO

## PROTOCOLLO OPERATIVO

### Premessa

Premesso che la missione del Servizio Sanitario Regionale è quella di tutelare la salute dei cittadini attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione in coerenza con quanto definito dai Livelli Essenziali di Assistenza, il presente protocollo operativo nasce dalla esigenza di uniformare comportamenti, dare certezza e trasparenza dell'azione amministrativa, garantire la semplificazione e l'equità dell'accesso, nell'ambito dei *trasporti sanitari e in autoambulanza che non rivestono carattere d'urgenza*, con specifico riferimento al riconoscimento delle spese di trasporto dei cittadini nefropatici sottoposti a trattamento dialitico assistiti dall'Azienda USL di Ravenna, coerentemente alla normativa nazionale e regionale vigente.

Il presente protocollo definisce e aggiorna l'iter amministrativo in essere per i rimborsi ai pazienti per la regolazione della rimborsabilità/non rimborsabilità delle spese sostenute per le diverse tipologie di trasporto, quali:

- A. Trasporti per l'utilizzo di servizi pubblici o il mezzo proprio
- B. Trasporti Sanitari in ambulanza
- C. Trasporti relativi a dialisi domiciliare (dialisi peritoneale)
- D. Trasporti effettuati durante un temporaneo soggiorno al di fuori dell'Azienda USL di Ravenna e/o all'estero
- E. Trasporti per situazioni particolari non previste dal presente protocollo.

### Normativa di riferimento

- ✓ D.G.R. n. 106 del 21/01/1986 "Adeguamento rimborsi trasporti infermi";
- ✓ D.M. del 15/05/1992 "Criteri e requisiti per la decodificazione degli interventi d'emergenza";
- ✓ Nota dell'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna, prot. n. 5264/OSP del 10/02/1993 "Spese per il trasporto dei dializzati";
- ✓ Nota dell'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna, prot. n. 28243/BAS del 7/07/1999 "Trasporti sanitari a favore dei dializzati";
- ✓ D.P.C.M. del 29/11/2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza";
- ✓ Nota dell'Assessore alla Sanità e dell'Assessore alle Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna, prot. n. 31852/SAS del 30/07/2002 "Trasporti sanitari a favore dei dializzati";
- ✓ Regolamento (CE) 631/2004;
- ✓ Nota del Servizio Presidi Ospedalieri della Regione Emilia Romagna, prot. n. 258003 del 31/10/2008 "Trasporto dializzati";
- ✓ Regolamento (CE) n. 883/2004 e Regolamento (CE) 987/2009;
- ✓ D.G.R. n. 111 del 31/01/2011 "Rimborso per prestazioni dialitiche usufruite dai cittadini residenti in Emilia Romagna che soggiornino temporaneamente all'estero presso Paesi non facenti parte dell'Unione Europea o con cui l'Italia non ha stipulato accordi o convenzioni o che viaggino in crociera".



Per ciascuna forma di trasporto è stata indicata la procedura di norma per i controlli amministrativi.

## **A. RIMBORSO DELLE SPESE PER DIALIZZATI CHE UTILIZZANO I SERVIZI PUBBLICI DI TRASPORTO O IL MEZZO PROPRIO**

### **A 1. Documentazione necessaria**

- L'assistito presenta all'Ufficio Unico Aziendale la richiesta di rimborso (**Allegato A**) barrando la casella relativa al tipo di trasporto utilizzato;
- Il Centro Dialisi, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di riferimento, comunica all'Ufficio Unico Aziendale l'elenco degli assistiti e il numero di dialisi effettuate.

### **A 2. Controlli**

- L'Ufficio Unico Aziendale, al fine di verificare la conformità dei dati, effettua il controllo incrociato tra i dati trasmessi dal Centro Dialisi, i chilometri dichiarati dall'assistito, la residenza del medesimo (quale vincolo necessario ai fini del rimborso), il costo litro della benzina, la regolarità delle fatture nei casi di liquidazione degli oneri a carico del FRNA;
- L'Ufficio Unico Aziendale conserva agli atti tutti i dati per ciascun paziente per il costante monitoraggio dei contributi erogati.

### **A 3. Fonte di finanziamento per il rimborso dei trasporti**

Il rimborso viene effettuato nei modi previsti dal presente protocollo con le fonti di finanziamento di seguito precisate.

**Fondo Sanitario (F.S.):** riconosce il rimborso di 1/5 del costo di 1 litro di benzina (v. modalità di liquidazione).

**Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA):** riconosce la quota di spesa sostenuta dall'assistito al netto di quanto rimborsato dal Fondo Sanitario (v. punto precedente), fino alla concorrenza del tetto economico massimo previsto dal Comitato di Distretto dell'ambito territoriale di residenza dell'assistito. Tale quota, al fine di una equità di rimborso tra gli assistiti, viene liquidata per tutte le richieste pervenute da parte degli assistiti entro il mese di febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento e sulla base di documentazione fiscale.

### **A 4. Modalità per la liquidazione**

- 1 L'Ufficio Unico Aziendale conserva agli atti la richiesta di rimborso dell'assistito protocollandola, nel caso di utilizzo del mezzo proprio, provvede al calcolo del relativo importo da corrispondere all'assistito nel seguente modo:
  - n° dei Km dalla residenza dell'interessato, o altro luogo di soggiorno temporaneo, al Centro Dialisi X 2 (andata e ritorno) ([www.guidamichelin.it](http://www.guidamichelin.it), percorso breve);
  - n° dei Km così ottenuti va moltiplicato per il n° delle sedute dialitiche effettuate ed il totale ottenuto va moltiplicato per il quinto del costo al litro della benzina (riferito al mese interessato; il costo di riferimento è fornito dalla U.O. Amministrazione e Gestione del Personale – Azienda U.S.L. di Ravenna, su espressa richiesta dell'Ufficio Unico Aziendale);
- 2 L'Ufficio Unico Aziendale predispone bimestralmente l'atto di liquidazione relativo al Fondo Sanitario, comunicando al U.O. Bilanci dell'Azienda U.S.L. (il mese successivo al bimestre di riferimento della liquidazione) l'elenco degli assistiti e il rimborso da riconoscere;
- 3 L'U.O. Bilanci provvede all'accredito del rimborso entro dieci giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta di liquidazione;



4 La liquidazione a carico del FRNA avviene sempre su presentazione da parte dell'assistito di regolare documentazione fiscale comprovante il costo a fronte delle prestazioni ricevute (fattura o semplice ricevuta); come sopra precisato tale quota, al fine di una equità di rimborso tra gli assistiti, viene liquidata – fino alla concorrenza del tetto economico massimo previsto dal Comitato di Distretto - entro il mese di febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento e sulla base di tutte le richieste pervenute da parte di tutti gli assistiti.

#### **A 5. Rimborsi richiesti da cittadini che scelgono di effettuare emodialisi fuori dal territorio provinciale**

I cittadini che per loro valutazione scelgono di effettuare emodialisi in modo ricorrente e continuativo in centri collocati in altre Aziende U.S.L. limitrofe a quella di residenza possono richiedere il rimborso chilometrico per le spese sostenute per il trasporto fino alla concorrenza del numero massimo di chilometri di percorrenza dalla propria residenza al centro dialisi più vicino, indipendentemente se situato nel territorio della propria Azienda U.S.L. o di altre Aziende U.S.L. In tali situazioni non è utilizzabile il rimborso a carico del FRNA..

#### **A 6. Modulistica in uso**

Richiesta di rimborso spese di trasporto per assistiti dializzati di cui all'**allegato A**.

### **B. TRASPORTO SANITARIO IN AMBULANZA**

Per tale tipologia di trasporto si fa riferimento al Regolamento Aziendale per la disciplina del Trasporto Infermi con ambulanza, approvato con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda U.S.L. di Ravenna, n° 288 del 20/04/2005 (e successiva deliberazione n° 573 del 10/08/2007 concernente precisazioni in merito all'interpretazione autentica del regolamento per la disciplina dei trasporti sanitari).

#### **B 1. Attivazione del trasporto**

Il Medico Nefrologo Referente Aziendale (per i 5 Centri Dialisi dell'Azienda USL di Ravenna), certificata la non autosufficienza dell'assistito, provvede ad effettuare la 1^ attivazione del trasporto sanitario in ambulanza, tramite richiesta da inoltrare a mezzo fax alla Centrale Operativa 118 (Centrale dei trasporti ordinari distaccata presso la Pubblica Assistenza di Ravenna). Successivamente, dopo la 1^ attivazione del trasporto come sopra detto, ogni Centro Dialisi dell'Azienda U.S.L. provvede ad inoltrare autonomamente le richieste di trasporto, sempre tramite fax, alla Centrale dei trasporti ordinari distaccata presso la Pubblica Assistenza di Ravenna che procede allo smistamento delle richieste ai mezzi disponibili.

Tale tipologia di trasporto ha carattere di temporaneità, in quanto periodicamente il medico verifica la condizione di non autosufficienza dell'assistito.

I Centri Dialisi mensilmente inviano alla Centrale Operativa 118 l'elenco dei propri assistiti con indicazione delle giornate nelle quali è necessario attivare tale tipologia di trasporto.

Non è previsto il trasporto in ambulanza a carico dell'Azienda Usl in tutti i casi in cui l'assistito scelga di effettuare la dialisi in altra Azienda USL della Regione, in ragione del fatto che tale prestazione viene garantita dall'Azienda di Ravenna.

#### **B 2. Controlli e modalità per la liquidazione**

La Centrale Operativa 118 effettua un primo controllo sulle fatture emesse dalle Associazioni di Volontariato sulla base delle richieste di attivazione pervenute dalle varie strutture (U.O./Reparti/Servizi) e successivamente provvede alla loro trasmissione all'Ufficio Flussi Economici per i controlli amministrativi e per la relativa liquidazione degli oneri.



Per quanto non previsto ai precedenti punti B.1 e B.2 del presente protocollo, si rinvia alle convenzioni stipulate dall'Azienda U.S.L. con le Associazioni di Volontariato (P.A.) di cui alla Deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda U.S.L. di Ravenna, n° 794 del 23/12/2008.

### **C. RIMBORSO SPESE PER PAZIENTI CHE EFFETTUANO DIALISI DOMICILIARE (DIALISI PERITONEALE)**

Tale rimborso non prevede il riconoscimento delle spese sostenute dall'assistito in quanto trattasi di prestazione non prevista dalla normativa sui LEA, compreso il rimborso per le spese di trasporto riguardanti i periodi riferiti all'aggiornamento e formazione del paziente per la corretta effettuazione di trattamenti di dialisi peritoneali.

### **D. RIMBORSO PER DIALISI EFFETTUATA DURANTE UN TEMPORANEO SOGGIORNO IN ITALIA E/O ALL'ESTERO**

In relazione a tale tipologia di trasporto si esplicitano i seguenti elementi:

#### **D 1. Temporaneo soggiorno al di fuori dell'Azienda USL di Ravenna**

Tale procedura dovrà essere attivata per la richiesta di rimborso presentata da assistiti ( **modulo allegato A** ) che, in caso di temporaneo soggiorno al di fuori dell'Azienda U.S.L. di Ravenna, hanno effettuato un trattamento dialitico presso una struttura pubblica o privata. Nel caso specifico i Km rimborsabili sono quelli che intercorrono dalla località di soggiorno temporaneo al Centro Dialisi più vicino.

Per le modalità di liquidazione si rinvia a quanto definito al precedente punto A.

In relazione a quanto sopra rappresentato si precisa che ad ogni cittadino in trattamento emodialitico viene assicurato dall'Azienda U.S.L. di Ravenna l'effettuazione del trattamento presso uno dei centri a ciò autorizzati dall'Azienda medesima. In ragione del fatto che il trattamento deve essere garantito nel tempo in modo costante e continuativo, il centro dialisi che ha effettuato la presa in carico dell'assistito garantisce il mantenimento del posto assegnato ogniqualvolta il cittadino in cura sospende temporaneamente il trattamento emodialitico.

La garanzia del mantenimento del posto costituisce diritto per l'assistito, nel contempo costituisce un costo organizzativo ed economico per l'Azienda USL.

#### **D 2. Temporaneo soggiorno all'estero**

Relativamente al temporaneo soggiorno all'estero nel caso di fruizione delle prestazioni sanitarie si precisa che nei Paesi dell'Unione Europea (U.E.), Spazio Economico Europeo (S.E.E.) e Svizzera e Paesi con Convenzioni Bilaterali le procedure di rimborsabilità sono riconducibili a quanto previsto dai Regolamenti UE e dagli Accordi amministrativi bilaterali vigenti.

Nel caso in cui secondo la normativa del Paese che ha erogato la prestazione non sia possibile, per l'Ufficio Amministrativo, ottenere la prevista tariffazione della spesa sanitaria è necessario fare riferimento alla DGR 111/2011.

Nei casi di cittadini in soggiorno temporaneo a qualsiasi titolo in Paesi al di fuori della UE o dei Paesi con i quali vigono degli Accordi Bilaterali o in crociera, si fa riferimento a quanto definito dalla DGR 111/2011.

#### **D 3. Modulistica in uso**



Richiesta di autorizzazione preventiva per effettuazione delle sedute dialitiche c/o la struttura sanitaria all'estero di cui all'**allegato B**.

#### **E. RIMBORSO PER SITUAZIONI PARTICOLARI NON PREVISTE DAL PRESENTE PROTOCOLLO**

Nei casi di richiesta da parte dell'assistito di rimborsi di trasporto per situazioni non previste dal presente protocollo, l'Ufficio Unico Aziendale, provvederà, in raccordo con il Dipartimento Cure Primarie del Distretto di appartenenza dell'assistito, ad effettuare un'istruttoria conoscitiva sul piano amministrativo e sanitario per l'acquisizione degli elementi necessari per la valutazione ai fini del riconoscimento/non riconoscimento del rimborso.

Tale istruttoria deve essere completata entro 30 gg. dal ricevimento della domanda.

#### **F. VERIFICA**

Il presente protocollo verrà posto a verifica dopo i primi sei mesi di applicazione, verrà successivamente migliorato ed eventualmente integrato per le parti che si rileveranno necessarie prima di essere definitivamente approvato.

#### **G. ALLEGATI**

Sono parti integranti e sostanziali del presente protocollo i seguenti allegati:

- **Allegato A** “Richiesta di rimborso spese di trasporto per assistiti dializzati”;
- **Allegato B** “Richiesta autorizzazione preventiva per effettuazione delle sedute dialitiche presso strutture sanitarie all'estero”.



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ravenna

**Allegato A**

All'Azienda U.S.L. di Ravenna

**Oggetto:** RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE DI TRASPORTO.

Il/La sottoscritt\_ (nome e cognome) \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**chiede**

- ☐ per sé stesso/a Codice fiscale \_\_\_\_\_
- ☐ per il familiare (specificare il grado di parentela [\*]) \_\_\_\_\_  
Sig./Sig.ra. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

essendo la persona medesima impossibilitata a firmare per motivi di salute

[\*] Dichiarazione resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (art. 4 DPR 28/12/2000, n. 445)

il rimborso, secondo le vigenti disposizioni normative in materia, delle spese di viaggio sostenute nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per:

- ☐ trattamento dialitico ambulatoriale ☐ cure radio-chemioterapiche.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di false dichiarazioni, falsità negli atti e uso di atti falsi e della decadenza dai benefici eventualmente ottenuti sulla base di tali false dichiarazioni, previste dal Codice Penale e dalle Leggi Speciali artt. 75 e 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000

**dichiara**

- che nel suddetto periodo ha effettuato n. \_\_\_\_\_ prestazioni di:  
☐ trattamento dialitico ambulatoriale ☐ cure radio-chemioterapiche  
presso la struttura di cura \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_;
- di essersi recato/a presso la suddetta struttura di cura:  
☐ con auto propria;  
☐ con mezzi di Enti o di Associazioni di Volontariato o con altro mezzo (indicare quali) \_\_\_\_\_;
- che la propria abitazione (o altro luogo per soggiorno temporaneo, da specificare \_\_\_\_\_)  
dista dalla struttura di cura km \_\_\_\_\_ (andata e ritorno, secondo la guida Michelin – percorso breve);

**chiede inoltre**

che il pagamento venga effettuato mediante:

- ☐ contanti presso il Tesoriere dell'Azienda U.S.L.
- ☐ accreditato su c/c bancario IBAN n. \_\_\_\_\_  
Banca \_\_\_\_\_ Filiale di \_\_\_\_\_

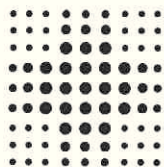
Autorizzo l'Azienda USL di Ravenna ad utilizzare i dati sopra riportati per il trattamento strettamente correlato agli stessi (D. Lgs. N. 196/2003).

Luogo e data

Il Richiedente

Ai sensi dell'art. 38, DPR n. 445 del 28.12.2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.





**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ravenna

**Allegato B**

All'Azienda U.S.L. di Ravenna

**Oggetto:** RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA PER EFFETTUAZIONE DELLE SEDUTE DIALITICHE PRESSO STRUTTURE SANITARIE ALL'ESTERO

Il/La sottoscritt\_ (nome e cognome) \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**chiede**

☐ per sé stesso/a Codice fiscale \_\_\_\_\_

☐ per il familiare (specificare il grado di parentela [\*]) \_\_\_\_\_

Sig./Sig.ra. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

essendo la persona medesima impossibilitata a firmare per motivi di salute

[\*] Dichiarazione resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (art. 4 DPR 28/12/2000, n. 445)

l'autorizzazione preventiva per l'effettuazione delle sedute dialitiche presso strutture sanitarie all'estero per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

Luogo e data

Il Richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA ALL'AZIENDA U.S.L.**

Vista la richiesta presentata in data \_\_\_\_\_ dal Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

☐ Si autorizza il trattamento dialitico

☐ Non si autorizza

da effettuarsi presso la struttura sanitaria all'estero \_\_\_\_\_

Specificare la motivazione del rifiuto all'autorizzazione: .....

.....

.....

.....

Luogo e data

Il Medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38, DPR n. 445 del 28.12.2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.