

Al Direttore del Distretto SS di \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

**Oggetto: RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER PRESTAZIONI/TRATTAMENTI FUORI REGIONE PER PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE RARE**

Il/La richiedente \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per se stesso  in qualità di familiare  in qualità di amministratore di sostegno

in qualità di tutore  per se quale accompagnatore

del sig./sig.ra \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

ai sensi delle seguenti disposizioni regionali:

- L.R. n. 25 del 21/11/1996
- L.R. n. 12/2005 art. 13
- L. R. n 51/2021 art. 12 co. 2

Prima istanza

Istanza successiva

Emergenza

il rimborso delle spese da sostenere/sostenute per effettuare le cure presso il Centro Malattie Rare extraregionale \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Numero di telefono \_\_\_\_\_

Indirizzo mail dello specialista referente \_\_\_\_\_

per:  visita specialistica

day hospital/day service

ricovero

Nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Si allega copia della prenotazione e/o programmazione specialistica a cura del Centro e la documentazione sanitaria compresa l'indicazione della motivazione per cui risulta necessario recarsi presso un Centro MR fuori Regione Puglia.

Data, \_\_\_\_\_

Firma del richiedente