

Egr. Direttori/Dirigenti/Responsabili.

- visto e richiamato l'art. 1, comma 28[^], della legge 190/2012 secondo cui «Le amministrazioni provvedono altresì al monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedurali attraverso la tempestiva eliminazione delle anomalie. I risultati del monitoraggio sono consultabili nel sito web istituzionale di ciascuna amministrazione». La norma prevede dunque un vero e proprio controllo, da effettuarsi periodicamente, sul rispetto dei termini di conclusione del procedimento da parte dei soggetti ad esso preposti. Tale monitoraggio deve essere effettuato al fine di eliminare le c.d. "anomalie" che il mancato rispetto dei termini di conclusione del procedimento può determinare. Pertanto, lo scopo del monitoraggio è quello di garantire la definizione dei procedimenti amministrativi entro i termini previsti dalla Legge. Per la concreta attuazione di tale scopo, la legge anticorruzione ha attribuito al Governo la delega ad adottare un decreto legislativo per la disciplina organica degli illeciti, e relative sanzioni disciplinari, correlati al superamento dei termini di definizione dei procedimenti amministrativi [art. 1, comma 48[^]];

- visto e richiamato l'art. 35, comma 1[^], del d.lgs 33/2013 secondo cui «1. Le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati relativi alle tipologie di procedimento di propria competenza. Per ciascuna tipologia di procedimento sono pubblicate le seguenti informazioni:

[...]

e) il nome del responsabile del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale, nonché, ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio, unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale;

f) per i procedimenti ad istanza di parte, gli atti e i documenti da allegare all'istanza e la modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni, anche se la produzione a corredo dell'istanza è prevista da norme di legge, regolamenti o atti pubblicati nella Gazzetta Ufficiale, nonché gli uffici ai quali rivolgersi per informazioni, gli orari e le modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale, o cui presentare le istanze;

[...]

g) il termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante;

[...]

m) il nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché le modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale;

[...]

- vista e richiamata la delibera della CIVIT n. 71/2013 "Attestazioni OIV sull'assolvimento di specifici obblighi di pubblicazione per l'anno 2013 e attività di vigilanza e controllo della Commissione", in cui è specificato che l'OIV (o strutture che svolgono funzioni analoghe) dovrà monitorare ed attestare entro il 30 settembre prossimo l'assolvimento da parte dell'Azienda di quanto prescritto dall'art. 35, c. 1, lett. e), f), m), del d.lgs. n. 33/2013 (sopra richiamato). Con particolare riguardo ai procedimenti ad istanza di parte, saranno oggetto di monitoraggio da parte degli OIV i dati di cui all'art. 35, c. 1, lett. d), relativi agli atti o ai documenti da allegare all'istanza e agli uffici e alle modalità per la presentazione dell'istanza stessa.

- vista e richiamata la circolare prot. n. 52099/1 del 19.03.2013 che qui si intende integralmente richiamata e per ritrascritta con la quale venivano fissati questi adempimenti e miglioramenti organizzativi tra cui:

a) ogni Direttore/Dirigente/Responsabile deve operare all'interno della propria struttura/unità organizzativa una ricognizione dei procedimenti amministrativi di propria competenza. Tale ricognizione deve essere giustificata entro e non oltre il 15 aprile e a. alla Direzione Amministrativa.

b) ogni Direttore/Dirigente/Responsabile deve verificare che all'interno della propria struttura/unità organizzativa i procedimenti amministrativi si concludono nei termini previsti dalla normativa generale e di settore vigente. A tal fine sembra opportuno suggerire (se non già in uso) un controllo della tempistica sui procedimenti amministrativi così come specificato dall'art. 1, comma 28[^], della legge 190/2012 secondo cui «Le amministrazioni provvedono altresì al monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedurali attraverso la tempestiva eliminazione delle anomalie ...».

c) si ricorda ad ogni Direttore/Dirigente/Responsabile che la mancata o tardiva emanazione del provvedimento (nei termini) costituisce elemento di valutazione della performance individuale, nonché di responsabilità disciplinare e amministrativo-contabile del dirigente e/o del funzionario inadempiente.

d) ogni Direttore/Dirigente/Responsabile deve verificare altresì che i Responsabili del Procedimento delle proprie strutture, nel rispetto della disciplina del diritto di accesso ai documenti amministrativi di cui al capo V della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni, in materia di procedimento amministrativo, hanno l'obbligo di rendere accessibili in ogni momento agli interessati, anche tramite strumenti di identificazione informatica di cui all'articolo 65, comma 1, del codice di cui al decreto legislativo 7 marzo 2003, n. 82, e successive modificazioni, le informazioni relative ai provvedimenti e ai procedimenti amministrativi che li riguardano, ivi comprese quelle relative allo stato della procedura, ai relativi tempi e allo specifico ufficio.

c) si rammenta ad ogni Direttore/Dirigente/Responsabile che nei confronti dei Responsabili del Procedimento delle proprie strutture, in caso di mancata conclusione del procedimento amministrativo nei termini previsti, si devono applicare i c.d. poteri sostitutivi giusta deliberazione del Direttore Generale n. 427 del 13 marzo 2013.

- Ad oggi non tutti i Direttori/Dirigenti/Responsabili in indirizzo hanno provveduto alla ricognizione dell'attività di monitoraggio dei procedimenti amministrativi. Pertanto **entro e non oltre il 23 settembre** c.a. [termine tassativo e perentorio dato il controllo che il Nucleo di Valutazione effettuerà entro il 30 settembre c.a.] **tutti i Direttori/Dirigenti/Responsabili delle singole macrostrutture e/o unità organizzative devono inviare in formato tabellare come indicato dalla CIVIT nella recentissima delibera n. 71/2013 i seguenti dati:**

Per ciascuna **TIPOLOGIA DI PROCEDIMENTO** trattato dalla singola Macrostruttura e/o Unità organizzativa

Nome del Responsabile del procedimento unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta istituzionale	Termine fissato dalla normativa per la conclusione del procedimento e ogni altro termine rilevante	Nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale
1	2	3

Per i **PROCEDIMENTI ad ISTANZA DI PARTE** trattati dalle singole Macrostrutture e/o Unità organizzative:

Nome del Responsabile del procedimento unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta istituzionale	Termine fissato dalla normativa per la conclusione del procedimento e ogni altro termine rilevante	Nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta
1	2	3		

Al fine di inserire tale ricognizione sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente", le tabelle dovranno essere inviate in formato elettronico all'indirizzo di posta istituzionale del Responsabile dell'ufficio per la prevenzione e la repressione della corruzione: responsabile.prevenzione.corruzione@asl.bari.it.

E' utile precisare altresì che tutti i Direttori/Dirigenti/Responsabili delle singole macrostrutture e/o unità organizzative che hanno già inviato l'attività di monitoraggio dei procedimenti amministrativi devono aggiornarla e ripresentarla secondo le indicazioni summenzionate che riflettono quanto prescritto e richiesto dalla recentissima delibera CIVIT n. 71/2013.

- vista e richiamata la **deliberazione del Direttore Generale n. 427 del 13 marzo 2013**, con cui l'Azienda si è adeguata all'**art. 1, del Decreto Legge n. 5 del 2012**, che dopo aver individuato, modificando il comma 9 dell'art. 2, l. n. 241 del 1990, le sanzioni a carico del dirigente e del funzionario che hanno omesso di adottare il provvedimento o che lo hanno adottato in ritardo, ha poi disciplinato l'**attivazione dei poteri sostitutivi, introducendo nel citato art. 2 i commi 9 bis, 9ter, 9 quater e 9 quinquies**.

Per una spiegazione dei c.d. poteri sostitutivi veda la Circolare n. 4/12 del 10 maggio 2012 del Ministro per la Pubblica Amministrazione, utile strumento per comprendere ed attuare le novità legislative summenzionate.

- si ricorda inoltre che dal 22 agosto 2013 è riconosciuto alle imprese un **indeennizzo automatico e forfettario per il mancato rispetto dei tempi per concludere i procedimenti amministrativi**. Secondo quanto previsto dall'articolo 28 del Decreto del Fare (d.l. n. 69/2013 conv. nella l. n. 98/2013). Quello introdotto dal decreto del Fare è un istituto moderno a favore delle imprese. Ai sensi dell'art. 2 della legge n. 241/90 la P.A. ha, infatti, l'obbligo di concludere il procedimento con un provvedimento espresso. Tale obbligo ha il suo fondamento nel generale dovere di buona amministrazione e di correttezza che deve necessariamente orientare l'attività della pubblica amministrazione.

In ragione di ciò si sottolinea come l'obbligo di provvedere espressamente prescinda dalla fondatezza dell'istanza avanzata e richiede soltanto la sussistenza di idonea legittimazione da parte di colui che si rivolge all'amministrazione competente. Peraltro, solo in seguito alla novella apportata dal decreto del Fare si è introdotto un vero e proprio meccanismo sanzionatorio nei confronti delle pubbliche amministrazioni inerti o troppo lente.

La P.A. è chiamata, infatti, oggi, a indennizzare l'impresa per il solo fatto del ritardo nella definizione del procedimento anche in assenza di dolo o colpa grave e a prescindere dal fatto che l'impresa abbia subito effettivamente dei danni a causa del trascorrere del tempo, con una somma pari a 30 euro per giorno di ritardo fino a un tetto massimo di 2.000 euro. L'indennizzo da ritardo, nelle intenzioni del legislatore, dovrebbe concorrere alla realizzazione dell'obiettivo dichiarato dal decreto Fare di introdurre iniziative idonee a favorire la ripresa economica del Paese. Le misure individuate, infatti, dalla prima parte del decreto legge sono rivolte al sostegno delle imprese, al rilancio delle infrastrutture, alla semplificazione fiscale e alla semplificazione amministrativa. Come specificato nelle Linee guida alle semplificazioni del Decreto del Fare data la novità dell'indennizzo e le ricadute finanziarie che può avere nelle casse dello Stato, la disposizione sarà immediatamente operativa per le domande riguardanti l'avvio e l'esercizio delle attività di impresa, presentate successivamente alla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto legge n. 69 del 2013, ossia successive al 21 agosto 2013. Nessuna applicazione, dunque, ai rapporti pendenti (avviati prima del 21 agosto 2013) e tanto meno ai rapporti già chiusi. Quindi nessuna retroattività. Entro 18 mesi, inoltre, sulla base di una prima sperimentazione, con un apposito decreto del Presidente del Consiglio, sentite le Regioni e i Comuni, verrà stabilita la conferma dell'indennizzo, la sua rimodulazione o estensione, anche graduale, agli altri procedimenti. L'impresa vittima delle lungaggini della P.A. dovrà velocemente attivarsi per richiedere l'indennizzo e il provvedimento auspicato, ossia entro venti giorni dal termine previsto per la conclusione del procedimento. Dopo il sollecito da parte dell'impresa il responsabile nominato dall'amministrazione avrà ancora una chance per rimediare al ritardo, infatti dovrà concludere il procedimento nella metà del tempo originariamente previsto o liquidare l'indennizzo. Nel caso in cui anche il responsabile del potere sostitutivo non provveda ad emanare il provvedimento oppure non liquidi l'indennizzo ci si potrà rivolgere al T.A.R., in tal caso il contributo unificato sarà ridotto alla metà. La condanna dell'Amministrazione sarà, poi, comunicata alla Corte dei Conti e al titolare dell'azione disciplinare verso i dipendenti pubblici interessati dal procedimento amministrativo.

Tutto ciò premesso, restano ferme le altre attività richieste alle SS.VV. per effetto delle circolari aziendali fino ad oggi diffuse.

Per ulteriori informazioni e/o ricerche ed approfondimenti sugli argomenti descritti possono essere consultati dalle SS.I.L. i seguenti siti istituzionali:

- per la CIVIT:

<http://www.civit.it/>

- per Dipartimento Funzione Pubblica:

<http://www.funzionepubblica.gov.it/la-struttura/anticorruzione.aspx>

- per i testi normativi vigenti:

<http://www.normattiva.it/>

Si allega copia:

1. Legge n. 190/2012
2. D.lgs n. 33/2013
3. Art. 28 del D.L. n. 69/2013 conv. Legge n. 89/2013
4. Delibera della CIVIT n. 71/2013
5. Circolare prot. n. 52099/1 del 19.03.2013

Cordiali Saluti

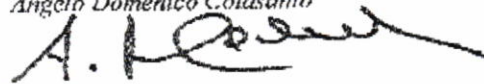
Il Direttore Amministrativo

Massimo Mandini



Il Direttore Generale

Angelo Domenico Colasanto



Il Responsabile Ufficio

per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità

Luigi Brusco



ASLBA

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 12
CONVERSANO-MONOPOLI-POLIGNANO A MARE
UFFICIO PROTESI- Via De Amicis - S.O. "F. Iaia"- 70014 Conversano
Tel. 080/4091401-396 - Fax 0804091397

ALL.1 **DOMANDA DI PRESTAZIONE PROTESICA E/O DI AUSILI**

Il/la sottoscritto/a _____ nella sua qualità
di _____ del minore/invalido _____
nato/a a _____ il _____ residente _____
prov. _____ via _____ tel _____
_____ Codice fiscale _____

Cognome e nome del medico di Medicina Generale Dott. _____

CHIEDE

di poter usufruire del D.M. n.332 del 27/08/1999, al fine di ottenere, in concessione ed in comodato d'uso, il

PRESIDIO PROTESICO di seguito indicato: _____

- ALLEGA** - Certificato di residenza del beneficiario del presidio o autocertificazione;
- Prescrizione specialistica redatta da specialista del SSN, dipendente o convenzionato;
- Certificato di invalidità o copia di domanda di avviamento di invalidità con relazione sanitaria;
- Preventivo di spesa del fornitore prescelto, dove necessario.

INFORMATIVA

In conformità a quanto previsto dall'art. 82 comma 2- D.LGS. 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni, la informiamo che i dati personali e sensibili di cui alla suddetta normativa verranno utilizzati da questa struttura D.S.S. per la rilevazione dello stato di salute e per adempiere agli specifici compiti previsti dalla normativa vigente in relazione al procedimento amministrativo di cui trattasi.

CONSENSO

Il/la sottoscritto/a _____ nato il _____ e

residente a _____ via _____

nella sua qualità di _____ preso atto della INFORMATIVA di cui sopra, **AUTORIZZA** la
Struttura Distretto Socio Sanitario 12 di Conversano a trattare i dati personali e sensibili di se medesimo

o nell'interesse del minore/invalido di seguito specificato _____

nato a _____ il _____ residente a _____
nei limiti e con le modalità previste dalla D.Lgs.196/2003 e s.m.i..

Data _____

Firma _____

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE BA/6
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N°12

All'Ufficio **ANAGRAFE ASSISTIBILI**
CONVERSANO

Io sottoscritto _____, con precedente iscrizione anagrafica nel
Comune di _____ (prov. _____) rientrante nella competenza della A.U.S.L.
_____ della Regione _____, avendo trasferito la propria residenza anagrafica nel
Comune di _____ (prov. _____) via/piazza _____ n° _____

CHIEDO

per me e per i familiari sotto elencati di essere cancellato dagli elenchi dei cittadini iscritti alla citata A.U.S.L.
_____ di provenienza, al fine di consentire la iscrizione presso la A.U.S.L. _____.

A tale scopo, comunico che il mio nucleo familiare è così composto:

Cognome e nome	rel. par.	data di nascita	codice fiscale	
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

(firma leggibile del dichiarante)

Conversano, li _____

LEGENDA MOTIVI: cod. 1 cancellazione per trasferimento. cod.2 assenza precedente iscrizione

CONFERMA DI AVVENUTA CANCELLAZIONE O DI ASSENZA DELLA PRECEDENTE ISCRIZIONE
(da restituire alla A.U.S.L. BA/6 - (completa della dichiarazione che precede)

Alla A.U.S.L. BA/6 - D.S.S. 12
Ufficio ANAGRAFE ASSISTIBILI
VIA R. ~~Sanza~~ **Sanza**, 51
70014 CONVERSANO (BA)

Si attesta che i nominativi sopra elencati non sono iscritti negli elenchi di questa A.U.S.L., per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo.

data _____

(firma e timbro della AUSL)



**AUTOCERTIFICAZIONE PER RILASCIO DELL'ATTESTATO DI ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET PER MOTIVI DI REDDITO
VISITE ED ESAMI SPECIALISTICI**

D.M. 11/12/2009 (G.U. n. 302 del 30/12/2009) - D.G.R. 2790/2010 (B.U.R.P. n. 7 del 14/01/2011)

Il/la sottoscritto/a										nato/a a					il				
residente a										Prov.					Via				
C.F.																			

In qualità di: diretto interessato Coniuge, figlio o altro parente fino al III grado
ovvero di genitore esercente la potestà, tutore, amministratore di sostegno, curatore del seguente **beneficiario**:

Nome										Cognome					nato/a a					il				
residente a										Prov.					Via									
C.F.																								

ai sensi del DPR n. 445/2000, consapevole delle conseguenze penali derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000,

DICHIARA

1) di appartenere (o che il beneficiario appartiene, se diverso dal dichiarante) ad una delle seguenti categorie (*barrare una sola casella*)

E01 (a)	Assistito di età superiore a 65 anni, appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a € 36.151,98								
E01 (b)	Con figlio/i di età inferiore a 6 anni appartenente/i ad un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a € 36.151,98: <table border="1"> <tr> <th>Nome e Cognome</th> <th>Data di Nascita</th> <th>Comune di Nascita</th> <th>Codice Fiscale</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale				
Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale						
E02	Disoccupato (o appartenente al nucleo familiare fiscale del disoccupato) , iscritto negli elenchi del Centro per l'Impiego di _____, appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente inferiore a € 8.263,31, incrementabile fino a € 11.362,05 in presenza del coniuge e di ulteriori € 516,46 per ogni figlio a carico. Dati del Disoccupato (<i>se diverso dal dichiarante</i>) <table border="1"> <tr> <th>Nome e Cognome</th> <th>Data di Nascita</th> <th>Comune di Nascita</th> <th>Codice Fiscale</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale				
Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale						
E03	Titolare di pensione sociale (o appartenente al nucleo familiare fiscale del titolare di pensione sociale) Dati del Titolare di pensione sociale (<i>se diverso dal dichiarante</i>) <table border="1"> <tr> <th>Nome e Cognome</th> <th>Data di Nascita</th> <th>Comune di Nascita</th> <th>Codice Fiscale</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale				
Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale						
E04	Titolare di pensione al minimo (o appartenente al nucleo familiare fiscale del titolare di pensione al minimo) di età superiore a 60 anni, appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore a € 8.263,31 incrementabile fino a €11.362,05, in presenza del coniuge e di ulteriori € 516,46 per ogni figlio a carico. Dati del Titolare di pensione al minimo(<i>se diverso dal dichiarante</i>) <table border="1"> <tr> <th>Nome e Cognome</th> <th>Data di Nascita</th> <th>Comune di Nascita</th> <th>Codice Fiscale</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale				
Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale						

2) che i seguenti familiari, per i quali si richiede altresì il rilascio dell'attestato di esenzione, appartengono al nucleo familiare fiscale del dichiarante (da compilarsi solo per le condizioni E02, E03 e E04).

Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale	Grado di parentela

Il sottoscritto si impegna a segnalare alla ASL tempestivamente ogni variazione rispetto a quanto dichiarato con il presente modulo.

Allegare copia del documento e della tessera sanitaria del dichiarante e copia della tessera sanitaria del beneficiario (se diverso dal dichiarante) e di tutti i componenti del nucleo familiare per i quali si richiede l'attestato di esenzione.

Il diritto all'esenzione ticket può essere esercitato solo al ritiro dell'attestato di esenzione rilasciato dalla ASL, mediante le funzionalità del Sistema Tessera Sanitaria (art. 1 comma 7 del D.M. 11/12/2009).

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003

I dati forniti saranno trattati dall'Azienda, 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 dall'art.13 del D.Lgs. 196/2003, in particolare il diritto ad accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa vigente, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Data _____ FIRMA _____

PER ACCETTAZIONE

NOTE per la COMPILAZIONE

1. Per "nucleo familiare" deve intendersi quello rilevante a fini fiscali (e non anagrafici), costituito dall'interessato, dal coniuge non legalmente separato e dagli altri familiari fiscalmente a carico.
2. Per "familiari a carico" si intendono i familiari non fiscalmente indipendenti, vale a dire i familiari per i quali l'interessato gode di detrazioni fiscali (in quanto titolari di un reddito annuo inferiore a 2.840,51 euro).
3. Non si considera il nucleo familiare anagrafico, cioè quello risultante dal certificato anagrafico, ma unicamente il nucleo familiare fiscale.
4. Il reddito complessivo del nucleo familiare fiscale è pari alla somma dei redditi dei singoli membri del nucleo.
5. Ai fini dell'esenzione per motivi di reddito, è necessario prendere in considerazione, il reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente.
6. Il termine "disoccupato" è riferito esclusivamente al cittadino che abbia cessato per qualunque motivo (licenziamento, dimissioni, cessazione di un rapporto a tempo determinato) un'attività di lavoro dipendente e sia iscritto al Centro per l'Impiego in attesa di nuova occupazione.
7. In caso di nascita all'estero indicare lo Stato Estero di nascita.
8. Nel caso di dubbi riguardo la propria situazione reddituale è opportuno rivolgersi alla Agenzia delle Entrate, agli sportelli fiscali dei Patronati, ai Centri di Assistenza Fiscale, al commercialista di fiducia ed agli altri soggetti che offrono assistenza fiscale.
9. Nel caso di dubbi e/o necessità di chiarimenti rispetto alla compilazione dell'autocertificazione è opportuno rivolgersi agli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP) delle Aziende Sanitarie Locali ed agli sportelli.
10. La condizione di esenzione identificata dai codici E03 e E04 dà diritto anche all'esenzione dalla spesa farmaceutica.



AUTOCERTIFICAZIONE PER RILASCIO DELL'ATTESTATO DI ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET PER MOTIVI DI REDDITO ASSISTENZA FARMACEUTICA

D.M. 11/12/2009 (G.U. n. 302 del 30/12/2009) - DGR n. 1391/2011 (B.U.R.P. n. 104 del 01/07/2011)

Il/la sottoscritto/a										nato/a a					il				
residente a										Prov.					Via				
C.F.																			

In qualità di: diretto interessato Coniuge, figlio o altro parente fino al III grado.
 ovvero di genitore esercente la potestà, tutore, amministratore di sostegno, curatore del seguente **beneficiario:**

Il/la sottoscritto/a										nato/a a					il				
residente a										Prov.					Via				
C.F.																			

ai sensi del DPR n. 445/2000, consapevole delle conseguenze penali derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000,

DICHIARA

1) di appartenere (o che il beneficiario appartiene, se diverso dal dichiarante) ad una delle seguenti categorie (*barrare una sola casella*)

E94	Assistito appartenente a nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a 18.000,00 euro, incrementato di 1.000,00 euro per ogni figlio a carico.
E95	Assistito di età superiore a 65 anni, appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo annuo non superiore a 36.151,98 euro
E96	Assistito appartenente a nuclei familiari con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a 23.000,00 euro, incrementato di 1.000,00 euro per ogni figlio a carico.

2) che i seguenti familiari, per i quali si richiede altresì il rilascio dell'attestato di esenzione, appartengono al nucleo familiare fiscale del dichiarante (da compilarsi eventualmente solo per le condizioni E94 e E96):

Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale	Grado di parentela

Il sottoscritto si impegna a segnalare alla ASL tempestivamente ogni variazione rispetto a quanto dichiarato con il presente modulo.

Note
Allegare copia del documento e della tessera sanitaria del dichiarante e copia della tessera sanitaria del beneficiario (se diverso dal dichiarante) e di tutti i componenti del nucleo familiare per i quali si richiede l'attestato di esenzione.

Il diritto all'esenzione ticket può essere esercitato solo al ritiro dell'attestato di esenzione rilasciato dalla ASL, mediante le funzionalità del Sistema Tessera Sanitaria (art. 1 comma 7 del D.M. 11/12/2009).

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003

I dati forniti saranno trattati dall'Azienda, 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 dall'art.13 del D.Lgs. 196/2003, in particolare il diritto ad accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa vigente, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Data _____ FIRMA _____

PER ACCETTAZIONE

NOTE per la COMPILAZIONE

1. Per "nucleo familiare" deve intendersi quello rilevante a fini fiscali (e non anagrafici), costituito dall'interessato, dal coniuge non legalmente separato e dagli altri familiari fiscalmente a carico.
2. Per "familiari a carico" si intendono i familiari non fiscalmente indipendenti, vale a dire i familiari per i quali l'interessato gode di detrazioni fiscali (in quanto titolari di un reddito annuo inferiore a 2.840,51 euro).
3. Non si considera il nucleo familiare anagrafico, cioè quello risultante dal certificato anagrafico, ma unicamente il nucleo familiare fiscale.
4. Il reddito complessivo del nucleo familiare fiscale è pari alla somma dei redditi dei singoli membri del nucleo.
5. Ai fini dell'esenzione per motivi di reddito, è necessario prendere in considerazione, il reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente.
6. Il termine "disoccupato" è riferito esclusivamente al cittadino che abbia cessato per qualunque motivo (licenziamento, dimissioni, cessazione di un rapporto a tempo determinato) un'attività di lavoro dipendente e sia iscritto al Centro per l'Impiego in attesa di nuova occupazione.
7. In caso di nascita all'estero indicare lo stato estero di nascita.
8. Nel caso di dubbi riguardo la propria situazione reddituale è opportuno rivolgersi alla Agenzia delle Entrate, agli sportelli fiscali dei Patronati, ai Centri di Assistenza Fiscale, al commercialista di fiducia ed agli altri soggetti che offrono assistenza fiscale.
9. Nel caso di dubbi e/o necessità di chiarimenti rispetto alla compilazione dell'autocertificazione è opportuno rivolgersi agli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP) delle Aziende Sanitarie Locali ed agli sportelli.

AZIENDA SANITARIA LOCALE BA
 Lungomare Starita, 6 - 70123 BARI Codice Fiscale e P.I. 06534340721
DISTRETTO SOCIO SANITARIO n.12 di CONVERSANO
 70014 - Conversano - Via F.lli Pascale, 51 Tel. 080/4091407 fax 080/4091441

DOMANDA DI ISCRIZIONE DEGLI ASSISTITI NON RESIDENTI

Prima iscrizione

Rinnovo

Alla ASL BA D.S.S. N. 12

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____
 nato/a _____ il _____ residente a _____
 prov. _____ via /c.so _____ n. _____

DICHIARA

Che resterà domiciliato/a a _____
 via /c.so _____ n. _____ per un periodo di durata superiore a tre mesi e
 precisamente fino al _____

Tale permanenza deve essere dettata da motivi:

- a) di lavoro;
- b) di studio,
- c) di malattia;

che dovranno essere documentati dall'interessato.

Caso a) produrre un certificato rilasciato dal datore di lavoro dal quale risulti che per motivi di lavoro, è dimorante in un Comune diverso da quello di residenza per un periodo superiore a tre mesi o autocertificazione.

Caso b) produrre un certificato rilasciato dal relativo Ente, di frequenza per i corsi di studio con la durata del corso o autocertificazione.

Caso c) produrre un certificato rilasciato da un medico per comprovati motivi di salute.

Chiede pertanto **l'iscrizione temporanea nell'apposito elenco degli assistiti non residenti della ASL BA D.S.S. n.12** per sé (allegando copia del documento di Identità valido) e per i suoi familiari a carico sotto elencati:

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE

Il/La sottoscritto/a chiede inoltre la contestuale cancellazione dagli elenchi degli assistiti della ASL di residenza, alla quale codesta ASL BA DSS n. 12 provvederà a trasmettere il libretto sanitario e copia della presente per gli adempimenti di competenza.

 (Luogo)

 (data)

 (firma)

OGGETTO: Art. 22 Reg. CEE n. 1408/71. Richiesta Autorizzazione Preventiva a fruire di prestazioni sanitarie in forma diretta all'estero presso Centri Altamente Specializzati.

Al Sig.
DIRIGENTE
del D.S.S. n. 12 - A.S.L. BA
Via F.lli Pascale, 51
70014 CONVERSANO(BA)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____
Il _____, residente a _____
Telefono _____ - Codice Fiscale _____

CHIEDE

A codesta A.S.L., ai sensi delle norme in oggetto, di essere preventivamente autorizzato a fruire, in forma diretta, di prestazione presso il seguente Centro Estero Altamente Specializzato _____

per se ed il familiare

_____ cognome e nome _____ data di nascita _____ relazione di parentela

Di essere autorizzato al trasporto con il seguente mezzo _____ perché

Di essere autorizzato a fruire di accompagnatore per il seguente motivo _____

Allega i seguenti documenti:

- 1) **Certificato di cittadinanza in carta libera;**
- 2) **Certificato di residenza in carta libera;**
- 3) **Proposta motivata di un medico specialista in ordine alla impossibilità di fruire delle prestazione, tempestivamente o in forma adeguata in Italia.**

Conversano, li _____

In fede

Al Direttore Generale
AUSL BA/5
Via carafa n.c.
70017 Putignano

Il / La sottoscritta _____ nata _____

il _____ a _____ residente _____

Via _____ Tel _____

C.F. _____

Chiede

Per se o familiare _____ C.F. / _____

Ai sensi della LR.25/96 , modificata ed integrata dalla LR n.14/98, il rimborso delle spese di trasporto o di viaggio e di soggiorno per l'effettuazione di

- esami preliminari e per la tipizzazione tissurale
- intervento chirurgico ;
- controllo successivo;
- espianto;

c/o Ospedale _____ di _____

dal _____ al _____

modalità di pagamento _____

data _____

Il sottoscritto da consenso al trattamento dei dati personali sensibili inclusi nella presente procedura nel rispetto delle disposizioni previste dalla L.675/96.

Allega alla presente istanza: _____

- Autocertificazione di cittadinanza italiana, di residenza, di stato di famiglia;
- Cartella clinica e documentazione sanitaria;
- Fatture in originale quietanzate;
- Certificazione sanitaria attestante la necessità di accompagnamento presso la località sede di trapianto
- Autocertificazione attestante il reddito del nucleo familiare e copia modello unico dell'anno precedente.

REGIONE PUGLIA
UNITA' SANITARIA LOCALE BA
Lungomare Starita n.6 - 70123 - BARI

Struttura Operativa
 Distretto Socio Sanitario n.42 ex AUSL BA/1

C.F. e P.I. 06514340721

Oggetto : Lg. 14/04 art. 22 Richiesta rimborso spese sostenute per vaccinoterapia

Azienda USL BA
BARI

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente a _____ Via _____

TEL _____ C.F. _____

CHIEDE

Ai sensi della L.R. 14/04 - art. 22, il rimborso della Fattura N. _____

Del _____ di € _____ per spese sostenute per vaccinoterapia

Per se medesimo

Per il/la figlio/a minore _____ nato a _____

Il _____ C.F. _____

Modalita' di pagamento richiesto _____

DICHIARA CHE IL REDDITO COMPLESSIVO ANNUO DEL NUCLEO FAMILIARE E' INFERIORE A € 20.000.-

Data _____

 FIRMA

Il/la sottoscritto/a da il consenso al trattamento dei dati personali sensibili, nel rispetto di quanto previsto dalla L. 675/96 e s.m.l.

 FIRMA

Allega alla presente istanza:

- 1) Certificato medico attestanza che la cura è necessaria ed insostituibile.
- 2) Certificato di cittadinanza italiana, residenza stato di famiglia la carta semplice o autocertificazione.
- 3) Fatture di spese in originale - quietanzate.
- 4) Copia del modello della dichiarazione dei redditi (Modello Unico CUD o 730).



AZIENDA U.S.L. BA 5
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.1

CONVERSANO - MONOPOLI - POLIGNANO
 SEDE CONVERSANO

Uffici Amministrativi di V.le A.Moro 102 - Monopoli (BA) Tel.080 4149401 - Fax 080 4149425

Oggetto: Domanda di rimborso spese di viaggio per raggiungere i Centri Dialisi da parte di Assistiti con IRC in trattamento dialitico ambulatoriale/domiciliare, giusta L.R.le n.9 del 5.11.91 e n.23 del 4.7.94.

Il sottoscritto
 cognome e nome data di nascita

Cod. fiscale: Residente a:

Via/C.A.: n.

CHIEDE

il rimborso delle spese di cui all'oggetto per il periodo:
 ed all'uso dichiara sotto la propria responsabilità: (*)

1. di non usufruire di mezzi messi a disposizione dalla Struttura ove effettua il trattamento;
2. di non poter utilizzare i comuni mezzi di trasporto pubblici viste le precarie condizioni di salute documentate da apposita dichiarazione del Centro;
3. di avere necessità di essere accompagnato giusta dichiarazione del Centro;
4. di non poter utilizzare i comuni mezzi di trasporto pubblici in quanto negli orari concordati con il Centro non vi sono disponibilità di corse né per l'andata né per il ritorno;
5. di non essere in possesso di patente di guida;
6. di essere in possesso di patente di guida ma di non essere in grado di guidare né prima del trattamento né tantomeno dopo.

Il sottoscritto chiede inoltre:

- di intestare il rimborso al sottoscritto;
- di intestare il rimborso a:
 cognome e nome data nascita codice fiscale

a mezzo di:

- Assegno Circolare N.T.
- Accredito presso la Banca c/c n. cab abì

Barrare le voci che interessano.

data

In Fede

PROSPETTO DI LIQUIDAZIONE RISERVATO ALLA A. USL BA/5 - DSS1

N.ro Prest. x n.ro km. x 1/5 benz. = £.



AZIENDA SANITARIA LOCALE BA

Lungomare Starita, 6 - 70123 BARI Codice Fiscale e P.I. 06534340721
DISTRETTO SOCIO SANITARIO n.12 di CONVERSANO
70014 - Conversano - Via F.lli Pascale, 51 Tel. 080/4091407 fax 080/4091441

Ufficio Assistenza Integrativa di _____

Cod. aut. / Anno / Comune rilascio

_____/_____/_____

Es. da 001 a 100/ (2012) / Con /Pol/ Mon

OGGETTO: autorizzazione per ritiro buoni per celiachia tramite il sistema EDOTTO (NSISR)

Codice Assistito _____

Oppure

Numero id. tessera TEAM _____

COGNOME _____ NOME _____

C.F. _____ DATA NASCITA _____

LUOGO NASCITA _____

CODICE ISTAT COMUNE NASCITA _____

PERIODO AUTORIZZATO

Dal mese di _____ al mese di _____ anno _____

Buono frazionato : 1 / 2 / 3 / 4

n.b. barrare la frazione desiderata

Codice fiscale del ritirante _____

Luogo, data

IL DIRIGENTE MEDICO



MODULO PER RICHIESTA ASSISTENZA INTEGRATIVA E FARMACEUTICA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ residente a _____ via _____

nella sua qualità di _____ del minore/incapace _____

nato/a a _____ il _____ residente _____

prov. _____ via _____ tel _____ Codice Fiscale _____

Cognome e nome del medico di MMG/PLS Dott. _____

CHIEDE

- ASSISTENZA INTEGRATIVA per _____

- ASSISTENZA FARMACEUTICA per _____

ALLEGA:

Prescrizione specialistica redatta da specialista USL o presidio sanitario pubblico;

specificare _____

INFORMATIVA

In conformità a quanto previsto dall'art. 82 comma 2 D.LGS. 196/2003 e s.m.i., La informiamo che i dati personali e sensibili di cui alla suddetta normativa verranno utilizzati da questa Struttura D.S.S. per la rilevazione dello stato di salute e per adempiere agli specifici compiti previsti dalla normativa vigente in relazione al procedimento amministrativo di cui trattasi.

CONSENSO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____

nella sua qualità di _____ preso atto della INFORMATIVA di cui sopra,
AUTORIZZA la Struttura Distretto Socio Sanitario n. 12 di Conversano a trattare i dati personali e sensibili di se medesimo o nell'interesse del minore/incapace di seguito specificato:

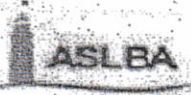
_____ nato a _____ il _____

residente a _____ prov. _____ via _____

nei limiti e con le modalità previste dal D.Lgs. 196/2003 e s.m.i..

Data _____

Firma _____



REGIONE PUGLIA
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE BARI
 Sede: 70123-BARI – Lungomare Starita, 6
DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 12
CONVERSANO-POLIGNANO A MARE-MONOPOLI
 70014 Conversano – Via F. Pascale, 51 tel. 0804091407 Fax 0804091441

SCHEDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA FORNITURA DI OSSIGENO
DGR 21/06/2011 N 1390

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
 il _____ residente a _____ via _____ n° _____
 in qualità di _____ del/la Sig.ra _____
 nato/a a _____ il _____ residente a _____
 in via _____ n° _____
 Tel. _____ Cell. _____

Autorizzazione OLT: _____

Preso visione dell'elenco delle ditte distributrici di Ossigeno Terapia Accreditate dalla
 Regione Puglia
 Sceglie:

la Ditta: _____
 Conversano, _____ Firma _____

 Autorizzazione DSS n. 12 per la DDA _____ OLT n. _____

Conversano, _____ **FIRMA DEL DIRIGENTE MEDICO**
DSS N. 12

Assessorato alle
Politiche della Salute

Linea Guida Regionale

per la corretta prescrizione dell'Ossigeno Terapia Domiciliare

Allegato C - Modulo Richiesta a fornitura fuori Regione Puglia

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Domiciliato in _____

- in qualità di paziente
- in qualità di delegato per l'utente

Codice Fiscale _____

CHIEDE

Che limitatamente al periodo dal _____ al _____

la fornitura prevista dalla prescrizione OLT con codice N. _____

e validità fino al _____ sia realizzata presso il domicilio temporaneo ubicato
in _____, Prov. _____ alla Via/Piazza/.... _____

Si impegna a comunicare alla DDA e al Distretto sanitario competente, oltre alle variazioni già previste, ogni variazione che dovesse riguardare la presente richiesta

Il Distretto Sanitario N. _____ della ASL _____

autorizza la richiesta

rifiuta la richiesta

dalla data _____ alla data _____

Data, _____

TIPO DI PRESTAZIONE RICHIESTA:

Domiciliare Semiresidenziale Residenziale Altro (specificare) _____

MMG/PLS dell'utente _____ Tel. _____

Studio medico, Via _____ Città _____

Altro Medico Proponente: (specificare nome e cognome, struttura di appartenenza.)

_____ Tel/fax _____

In caso di urgenza contattare _____

Tel. _____

Luogo e Data _____ Firma _____

Consenso informato

Il Sottoscritto _____ nato a _____

il _____ residente a _____

Via _____

in qualità di (specificare) _____

autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003 e s. m. i.

SI NO

Luogo e Data _____ Firma _____

21/21

DISTRETTO SOCIO SANITARIO n.12 di CONVERSANO
70014 - Conversano - Via F.lli Pascale, 51 Tel. 080/4091407 fax 080/4091441

DISDETTA PRENOTAZIONE PRESTAZIONE SPECIALISTICA

Al Dirigente Responsabile Ufficio C.U.P./Cassa Ticket del DSS 12
Sede di _____

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ e residente a _____
in _____ telefono _____

CHIEDE

di disdettare la visita/esame specialistico _____
già prenotato per le ore _____ del giorno _____
presso _____
per il seguente motivo:

- prestazione eseguita presso altra struttura
- prestazione non più necessaria
- impossibilità a recarsi presso la struttura erogante per cause di forza maggiore o sopravvenuti impegni
- altro _____

Data _____

Firma _____