Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Bergamo Ovest

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL CONCORSO SPESE AD INVALIDI ED EX DEPORTATI PER L'EFFETTUAZIONE DI CURE CLIMATICHE E TERAPEUTICHE AI SENSI DELL'ART. 57 DELLA LEGGE 833/78 E DELLA DGR 35920 DEL 20.5.1998

Il sottoscritto _____nato a _____ il _____
Residente a _____ in via _____ n. __
N. di tel. _____mail_____ tessera sanitaria _____

Avente diritto in quanto (barrare la voce di appartenenza e specificare la categoria)

☐ INVALIDO DI GUERRA	☐ EX DEPORTATO	☐ INVALIDOPER SERVIZIO
categoria_____	categoria_____	categoria_____

CHIEDE DI OTTENERE IL CONTRIBUTO PREVISTO DALLA DGR 35920 DEL 20.5.1998 RELATIVO ALL'ANNO_____(anno solare) PER (BARRARE LA VOCE CHE INTERESSA)

☐ **CURE CLIMATICHE** ☐**SOGGIORNO TERAPEUTICO**

da effettuare in località (barrare la voce che interessa)

☐ mare ☐ lago ☐ collina ☐ media montagna ☐ montagna ☐ alta montagna

NEL COMUNE DI _____PROV_____ (indicare se già conosciuto)

Il sottoscritto, se autorizzato, intende disporre di dette cure nel seguente/i periodo/i (mese/i)(il periodo può anche essere indicativo, in ogni caso il periodo massimo autorizzabile è di 21 giorni nell'anno)
_____
_____

☐ CON ACCOMPAGNATORE (nota per l'assistito: l'accompagnatore viene concesso ai soli invalidi per i quali risulti comprovata l'assoluta incapacità di ottemperare alle normali esigenze della vita quotidiana oppure siano sottoposti a tutela. L'esigenza dell'accompagnatore deve essere specificata nel certificato medico allegato alla presente domanda)

☐ SENZA ACCOMPAGNATORE

DICHIARA CHE DURANTE IL SOGGIORNO SOSTERRA'

☐ spese di vitto e di alloggio ☐ solo spese di vitto

Nota per l'assistito: a seguito di questa domanda le verrà inviata una lettera in cui, in caso di autorizzazione, verrà specificata la documentazione da presentare per la domanda di rimborso delle spese sostenute, oppure, in caso di rifiuto, si specificherà la motivazione della mancata autorizzazione

Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm. e ii. (codice sulla privacy) esprime il proprio consenso al trattamento dei dati riportati nella presente dichiarazione con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata.

Data e Luogo di presentazione della domanda _____

Firma del richiedente _____

Allegati:

1. certificazione del medico di assistenza primaria indicante necessità del soggiorno terapeutico/cure climatiche e indicante;
   a) patologia per la quale sussiste l'indicazione terapeutica alla fruizione di cure climatiche e di soggiorni terapeutici;
   b) indicazione della tipologia di prestazione da erogare (soggiorno marino,montano,ecc)
   c) indicazione dei benefici terapeutici derivanti dalla fruizione delle cure climatiche/soggiorni terapeutici; benefici atti a prevenire riacutizzazione o complicanze dell'infermità in base alla quale è stata riconosciuta l'invalidità;
   d) eventuale necessità dell'accompagnatore.

2) certificazione medico-legale relativa al riconoscimento di cui sono titolari (verbale della CMO – Commissione Medico Ospedaliera - , verbale della CMPG – Commissione Medica Pensione di Guerra - , Modello 69 o Modello 69/ter rilasciato dal Ministero del Tesoro, attestazione del riconoscimento di ex deportato, decreto di concessione della pensione o dichiarazione dell'Ente o Amministrazione presso la quale la persona era impiegata dalla quale risulti la concessione dell'invalidità e la registrazione alla Corte dei Conti o altra documentazione dalla quale risulti la categoria e l'infermità per la quale è stata riconosciuta l'invalidità (qualora non sia già agli atti del Distretto ed in corso di validità))

SPAZIO RISERVATO ALL' ASST BGOVEST

Vista la domanda di contributo presentata dal sig. _____ in data _____

☐ **SI AUTORIZZA -** ☐ **CON ACCOMPAGNATORE** ☐ **SENZA ACCOMPAGNATORE**

Il soggiorno richiesto.

☐ **NON SI AUTORIZZA il soggiorno richiesto**

Con la seguente motivazione _____

Luogo e data _____