

**ANTRAG AUF AUSZAHLUNG EINES MONATLICHEN
PAUSCHALBETRAGS FÜR PHYSIOTHERAPEUTISCHE
LEISTUNGEN; DIE ZU HAUSE VON FREIBERUFLERN;
ANGEHÖRIGEN ODER DEN AN MUKOVISZIDOSE
ERKRANKTEN PATIENTINNEN/PATIENTEN SELBST
DURCHGEFÜHRT WERDEN**

im Sinne des Art. 32ter, des Landesgesetzes
vom 5. März 2001, Nr. 7

Der/die Unterfertigte

Familienname _____

Vorname _____

geboren in _____

am _____

wohnhaft in _____

PLZ _____ Staat _____

_____ -Str., Nr. _____

Tel. _____

E-mail _____

Steuernummer _____

IBAN

nome dell'intestatario del conto

nome della Banca

ERSUCHT

**um Auszahlung eines monatlichen Pauschalbetrags für
physiotherapeutische Leistungen, die zu Hause von
Freiberuflern, Angehörigen oder ihm/ihr als
Patienten/Patientin selbst durchgeführt werden.**

☐ für sich selbst

☐ für folgendes Familienmitglied

Verwandtschaftsgrad mit dem Antragsteller/ der Antragstellerin

Vorname und Name _____

geboren in _____ am _____

wohnhaft in _____

PLZ _____ Staat _____

_____ -Str., Nr. _____

Tel. _____

E-mail _____

Steuernummer _____

**RICHIESTA DI PAGAMENTO IMPORTO FORFETTARIO
MENSILE PER LE PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE
EFFETTUATE A DOMICILIO DA LIBERI
PROFESSIONISTI, PARENTI O DAGLI STESSI
PAZIENTI AFFETTI DA FIBROSI CISTICA**

ai sensi dell'art. 32ter della legge Provinciale,
del 5 marzo 2001, n. 7

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____

Nome _____

nato/a a _____

il _____

residente a _____

CAP _____ Stato _____

via _____ n. _____

Tel. _____

E-mail _____

codice fiscale _____

nome dell'intestatario del conto

nome della Banca

CHIEDE

**il contributo per il pagamento di un importo forfettario
mensile per le prestazioni fisioterapiche effettuate a
domicilio da liberi professionisti, parenti o da lui stesso
come paziente**

☐ per se stesso

☐ per il seguente familiare

Indicare grado di parentela con il richiedente

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

CAP _____ Stato _____

via _____ n. _____

Tel. _____

E-mail _____

codice fiscale _____

Die Unterlagen, welche dem Gesuch beigelegt werden, müssen als Original oder als entsprechende Kopie mit Datum und Unterschrift versehen sein. Im Falle von Falscherklärungen oder Einreichung von Unterlagen mit unwahren Inhalten, werden die gemäß Art. 76 des D.P.R. vom 28. Dezember 2000, Nr. 455 vorgesehenen Strafrechtsmaßnahmen verhängt

I documenti allegati alla domanda devono essere originali o in copia, datati e firmati. In caso di dichiarazioni mendaci o di presentazione di documenti dal contenuto non veritiero, saranno applicate le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455.

Dem Ansuchen werden folgende Dokumente beigelegt
(für die Annahme des Ansuchens erforderlich):

Alla domanda sono allegati i seguenti documenti
(necessari per l'accettazione della domanda):

- Eine ärztliche Bescheinigung des Referenzzentrums von _____
samt Behandlungsplan.
- Im Falle einer Postsendung oder von „normaler“ elektronischer Post und nicht digital unterzeichnetem Dokument, wird eine Kopie des Personalausweise beigelegt

- Un certificato medico del centro di riferimento di _____
unitamente al piano di trattamento.
- In caso di invio postale o per posta elettronica ordinaria e non certificata, si prega di allegare una copia della carta d'identità.

Die Erhebung, Verarbeitung und Speicherung der Daten erfolgen gemäß EU-Verordnung Nr. 679 vom 27. April 2016 (Datenschutzgrund-verordnung) und GvD Nr. 196/2003, wie abgeändert vom GvD Nr. 101/2018. Der Verantwortliche für die Datenverarbeitung ist der Südtiroler Sanitätsbetrieb (<https://www.sabes.it/de/privacy>).

La raccolta, il trattamento e la conservazione dei dati avvengono nel rispetto del Regolamento UE n. 679 del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati) e il Dlgs n. 196/2003 così come modificato dal Dlgs. 101/2018. Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (<https://www.asdaa.it/it/privacy>).

Ort und Datum _____

Luogo e data _____

leserliche Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

Firma leggibile del/la richiedente

.....
Bozen | W. A. Loew Cadonnaplatz 12 | Tel. 0471 439 122 | sprengel.bozen@sabes.it
Meran | Romstr. 3 | Tel. 0473 496 706 | sprengel.meran@sabes.it
Brixen | Domplatz 12/A | Tel. 0472 813 640 | sprengel.brixen@sabes.it
Brunneck | Paternsteig 3 | Tel. 0474 586 506 | sprengel.brunneck@sabes.it
<http://www.sabes.it>
Südtiroler Sanitätsbetrieb
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

.....
Bolzano | P.zza W. A. Loew Cadonna, 12 | tel. 0471 439 122 | distretto.bolzano@sabes.it
Merano | Via Roma, 3 | tel. 0473 496 706 | distretto.merano@sabes.it
Bressanone | P.zza Duomo 12/A | tel. 0472 813 640 | distretto.bressanone@sabes.it
Brunico | Vicolo dei Frati, 3 | tel. 0474 586 506 | distretto.brunico@sabes.it
<http://www.asdaa.it>
Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Cod. fisc./P. IVA 00773750211