

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

per il rimborso delle terapie fisiche e riabilitative e altre prestazioni sanitarie effettuate all'assistito Fasdac

(Cognome e Nome)

Documento di spesa emesso da (barrare e far compilare la parte che interessa)

Sez.
A

Struttura sanitaria AMBULATORIALE od ONLUS (da compilare in tutte le sue parti)

Il sottoscritto (Cognome e Nome)

Direttore Sanitario / Legale rappresentante della Struttura

dichiara, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze penali e civili previste (artt. 75 e 76 del medesimo DPR n. 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni) in caso di dichiarazioni mendaci e/o informazioni ad uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità, che la struttura sopra indicata è in possesso della specifica autorizzazione sanitaria e che le prestazioni fatturate e riportate nel documento di spesa sono state eseguite dal seguente professionista sanitario:

(Cognome e Nome) data di nascita/...../.....

iscritto all'Ordine dei Fisioterapisti oppure all'Ordine dei Tecnici di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e Prevenzione (TSRM - PSTRP) nell'**ALBO** (barrare la casella):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> fisioterapista (n. iscrizione | <input type="checkbox"/> educatore sanitario professionale (n. iscrizione |
| <input type="checkbox"/> dietista (n. iscrizione | <input type="checkbox"/> podologo (n. iscrizione |
| <input type="checkbox"/> ortottista (n. iscrizione | <input type="checkbox"/> tecnico audioprotesista (n. iscrizione |
| <input type="checkbox"/> logopedista (n. iscrizione | <input type="checkbox"/> terapeuta occupazionale (n. iscrizione |
| <input type="checkbox"/> terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (n. iscrizione | |

oppure iscritto ad altro **ORDINE/REGISTRO** (barrare la casella):

- | | | |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> medico chirurgo | <input type="checkbox"/> ostetrica | <input type="checkbox"/> biologo |
| <input type="checkbox"/> infermiere | <input type="checkbox"/> osteopata, chiroprapista o chiropratico | |

Firma del Direttore Sanitario o del Legale Rappresentante

Data/...../.....

.....

oppure

Sez.
B

PROFESSIONISTA SANITARIO (da compilare in tutte le sue parti)

(Cognome e Nome) data di nascita/...../.....

dichiara, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze penali e civili previste (artt. 75 e 76 del medesimo DPR n. 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni) in caso di dichiarazioni mendaci e/o informazioni ad uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità, che le prestazioni fatturate e riportate nel documento di spesa sono state da me eseguite. Dichiaro di essere iscritto all'Ordine dei Fisioterapisti oppure all'Ordine dei Tecnici di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e Prevenzione (TSRM - PSTRP) nell' **Albo** (barrare la casella):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> fisioterapista (n. iscrizione | <input type="checkbox"/> educatore sanitario professionale (n. iscrizione |
| <input type="checkbox"/> dietista (n. iscrizione | <input type="checkbox"/> podologo (n. iscrizione |
| <input type="checkbox"/> ortottista (n. iscrizione | <input type="checkbox"/> tecnico audioprotesista (n. iscrizione |
| <input type="checkbox"/> logopedista (n. iscrizione | <input type="checkbox"/> terapeuta occupazionale (n. iscrizione |
| <input type="checkbox"/> terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (n. iscrizione | |

Firma del Professionista Sanitario

Data/...../.....

.....

AVVERTENZE

Chi deve compilare il modulo

- ✓ Il modulo **deve** essere compilato se le prestazioni sono state eseguite e **fatturate** da:
 - Strutture sanitarie ambulatoriali (**Sez. A**)
 - Professionisti sanitari (**Sez. B**) appartenenti alle seguenti categorie: fisioterapista, dietista, educatore sanitario professionale, logopedista, ortottista, podologo, tecnico audioprotesista, terapeuta occupazionale, terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva purché iscritti ai rispettivi Albi dell'Ordine dei Fisioterapisti oppure dell'Ordine dei Tecnici di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e Prevenzione (TRSM – PSTRP).

Chi non deve compilare il modulo

- ✓ Il modulo **non deve** essere compilato se le prestazioni sono state eseguite e **fatturate** da:
 - Ospedali, Fondazioni e Case di Curaoppure dalle seguenti figure professionali:
 - medici chirurghi
 - ostetrica
 - biologo
 - infermiere
 - osteopati, chiroterapisti o chiropratici

Il Fondo non rimborsa le prestazioni eseguite da professionisti sanitari iscritti negli “Elenchi speciali ad esaurimento” dell'Ordine dei Fisioterapisti o dell'Ordine TRSM - PSTRP.

La normativa di riferimento è riportata nelle sezioni 6.10 e 6.11
e nell'allegato n. 3 del Nomenclatore Tariffario.