

**RICHIESTA DI CONTROLLO MEDICO LEGALE DOMICILIARE
ASL BA – DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

COMUNE DI: _____

Tel. _____ - FAX N° _____

Prot. n° _____

Oggetto: Richiesta di controllo domiciliare medico-fiscale.

AL DIRIGENTE RESPONSABILE

ASL BA – SISP DI _____

e-mail: _____

ENTE / DITTA _____

Il sottoscritto *Cognome _____ Nome _____ Sesso M ___ F ___

*Luogo di nascita _____ Data di nascita ____/____/____

(*rigo da compilare solo in caso di ditta individuale)

Domicilio Fiscale: Via _____ città _____ CAP _____

Partita IVA o Cod.Fisc. _____ Tel. _____ Fax _____

chiede, ai sensi dell'art. 71 Comma 3 del D.L. n. 112/08, convertito in Legge n. 133/08 il controllo medico-fiscale domiciliare per il nominativo seguente:

AMMALATO _____

ABITANTE IN _____ VIA _____ N. _____

PROGNOSI gg. _____ DAL _____ AL _____

Con patologie gravi in atto, (Art. 2 D.P.C. M. 18/12/09 n. 206)-

Prende atto:

1. che la presente richiesta rientra tra le prestazioni a pagamento, sentenza della Corte Costituzionale n. 207 del 10.6.2010 e in esecuzione del tariffario Regionale Sez.B-Parte IV-Tariffa 6.6., adottato con Delibera di G.R. Puglia n. 1984 del 13.09.2011, (visita domiciliare €.54,00; accesso con visita non effettuata per assenza dell'ammalato €.25,00; visita ambulatoriale successiva €. 38,60; oltre a spese amministrative €.5,00; rimborsi chilometrici: cinta urbana €.6,00; cinta extraurbana entro 20 Km. €.10,00; cinta extraurbana oltre 20 Km. €.15,00; 1/5 di lt. benzina verde x km. Percorsi in cinta extra urbana.

2. che in caso di mancato pagamento saranno attivate le procedure per il recupero forzoso delle somme;

3. si impegna a provvedere al pagamento delle prestazioni richieste, entro 20 gg dalla ricezione della relativa fattura, effettuando versamento sul seguente c/c dedicato di tesoreria intestato alla ASL BA:

- Banca Popolare di Bari – Società cooperativa per Azioni – Sede in Corso Cavour 19 – 70122 Bari
Tesoreria ASL BA - Codice IBAN: IT57X054240429700000000202

DATA _____

Il richiedente

 timbro e firma

Spazio riservato all'Ufficio di Medicina Fiscale:

REGIONE PUGLIA – ASL BA

LA PRESENTE RICHIESTA DI CONTROLLO MEDICO FISCALE, **NON E' STATA EFFETTUATA**

N.B. questa attestazione viene richiamata agli "ATTI" quando, trascorsi 30 giorni dalla scadenza della prognosi, l'Ente scrivente non riceve il referto Medico-Legale della presente richiesta e, pertanto, configura la stessa quale "attestazione di controllo non effettuato".

Il Medico Incaricato del Controllo
