

RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO
Paziente che necessita di trasporto individuale
(DGR 441/2014)

Il/la sottoscritto/a _____
cognome _____ nome _____

nato/a il ___ / ___ / _____ a _____ (prov) _____
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato)

residente a _____ Via/Piazza _____ n _____ cap _____

domiciliato a _____ Via/Piazza _____ n _____ cap _____
(se domicilio diverso dalla residenza)

CODICE FISCALE _____

genitore/legale rappresentante del Sig/ra _____
cognome _____ nome _____

nato/a il ___ / ___ / _____ a _____ (prov) _____
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato)

residente a _____ Via/Piazza _____ n _____ cap _____

CODICE FISCALE _____

CHIEDE

il rimborso delle spese sostenute per il viaggio dalla residenza/domicilio

via _____ CAP _____

al Centro Dialisi _____ Città _____

Via _____

dove è stato sottoposto a trattamento dialitico nel mese di _____

per un numero complessivo di _____ sedute

DICHIARA

- che la distanza dalla propria abitazione al Centro Dialisi centro di cura è di _____ Km
- che il viaggio è stato effettuato tramite Cooperativa/Società/Associazione di volontariato con mezzo di trasporto attrezzato per l'utilizzo della carrozzina

Allega:

- Certificato rilasciato dal Responsabile del Centro Dialisi indicante i giorni di trattamento
- Dichiarazione dei Responsabili dei Centri Dialisi prossimi all'abitazione dell'indisponibilità di posti di dialisi e dell'inserimento del paziente nella lista di attesa
- Certificato rilasciato dal Responsabile del Centro Dialisi attestante la necessità dell'utilizzo della carrozzina

Fattura rilasciata da Cooperativa/Società/Associazione di volontariato indicante i giorni del trasporto al Centro Dialisi

Il sottoscritto chiede che i contributi siano versati sul Conto Corrente Bancario

n. IBAN _____

Banca _____ ag. _____ città _____

intestato a SE MEDESIMO

SE I CONTRIBUTI DEVONO ESSERE VERSATI A TERZI DEVE ESSERE ALLEGATA ALLA PRESENTE RICHIESTA APPOSITA DELEGA (vedi Modelli)

Data ___ / ___ / _____

Firma _____

Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D. Lgs. 196/03)

Preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali acconsento alla raccolta e al trattamento dei miei dati personali nella misura necessaria al raggiungimento di quanto richiesto e comunque nel rispetto del D.Lgs. 196/2003.

Roma, li _____

Firma

La richiesta di rimborso spese di viaggio relativa la mese di _____ anno _____

del Sig. _____
cognome _____ nome _____

è stata consegnata alla UOS Percorsi del Distretto _____ in data ___ / ___ / _____

con il numero di protocollo _____

IL FUNZIONARIO