

CONTRIBUTO SPESE PER TRATTAMENTO DIALITICO DOMICILIARE
(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 _____

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 per l'intero costo dell'installazione del preparatore per l'emodialisi, degli impianti elettrico e idrico nonché delle relative opere murarie così come concordate con il responsabile dell'Unità Operativa di Nefrologia e dialisi che effettua la terapia

il contributo spese per il trattamento emodialitico domiciliare

il contributo spese per la dialisi peritoneale manuale

il contributo spese per la dialisi peritoneale automatizzata

Il sottoscritto è in cura presso il centro clinico _____ Città _____

Via _____

dove è stato sottoposto a trattamento dialitico nell'anno _____

Allega:

Certificato del Centro Dialisi indicante il trattamento e le condizioni cliniche;

Attestazioni di pagamento per l'impianto (fatture, ricevute ecc.).

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 _____

La richiesta di rimborso per trattamento dialitico domiciliare relativa all' anno _____

del Sig. _____
cognome _____ nome _____

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

con il numero di protocollo _____

IL FUNZIONARIO _____