

**RIMBORSO PER SEDUTE DI EMODIALISI EFFETTUATE
FUORI REGIONE/FUORI NAZIONE/ TERRITORIO NAVIGANTE
(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 aver effettuato n. _____ prestazioni di dialisi presso:

il centro dialisi _____

Via _____ CAP _____

Città/Stato estero _____

dove è stato sottoposto a trattamento dialitico nel mese di _____

per un numero complessivo di _____ sedute

il centro dialisi _____ situato sulla motonave
_____ battente bandiera
_____ dove è stato sottoposto a trattamento dialitico nell'anno _____

dove è stato sottoposto a trattamento dialitico nel mese di _____

per un numero complessivo di _____ sedute

Allega:

- Certificato rilasciato dal Responsabile del Centro Dialisi indicante i giorni di trattamento
- Fattura rilasciata dal Centro Dialisi per le prestazioni effettuate

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 emodialisi 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