

**RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO****Paziente non deambulante in carrozzina**
(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 _____

Distretto Sanitario di appartenenza:

- Distretto 1
- Distretto 2
- Distretto 3
- Distretto 13
- Distretto 14
- Distretto 15

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 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
 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;

- sul Conto Corrente Bancario della Cooperativa/Ditta

_____ da me
delegata alla riscossione in quanto ha effettuato il trasporto del sottoscritto presso il Centro Dialisi;

segue dichiarazione di delega:

Il /la sottoscritt _____ delega e autorizza la
Cooperativa/ Ditta _____ a fornire il servizio di trasporto della
mia persona dalla mia abitazione al centro Dialisi, ai fini della terapia di dialisi e alla riscossione del rimborso
delle spese sostenute per i viaggi per i chilometri percorsi. La somma dovrà essere versata sul C/C intestato a
_____ IBAN _____

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

