

*Allegato 1***RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO**
(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 _____ Tel. _____domiciliato a _____
Via/Piazza _____
n _____ cap _____**(se domicilio diverso dalla residenza)**

Distretto sanitario di appartenenza:

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

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 _____

Via _____

dove è stato sottoposto a trattamento dialitico nel mese di

per un numero complessivo di _____ sedute

DICHIARA

che il viaggio è stato effettuato con il mezzo di trasporto pubblico

che il viaggio è stato effettuato mediante vettura privata tipo _

targa _____ di proprietà di _____ x 2 viaggi
giornalieri

che il conducente della vettura è stato _____

familiare/convivente/addetto all'assistenza del
sottoscritto

che il conducente è tornato all'abitazione per poi tornare a prendermi, effettuando quindi 4 viaggi giornalieri (NB: qualora la distanza dal domicilio al centro dialisi sia superiore ai 15 Km previsti, in base al punto 1.1.2. del DCA 441/2014, considerata la possibilità di percorrere il viaggio in tempi brevi, sarà applicata la deroga chilometrica.)

che il viaggio è stato effettuato con Taxi

che il viaggio è stato effettuato tramite Cooperativa/Società/Associazione di
volontariato _____

con vettura tipo _____ targa _____

che il viaggio è stato effettuato tramite AMBULANZA

Allega:

Certificato rilasciato dal Responsabile del Centro Dialisi indicante i giorni di trattamento

Fattura/Ricevuta fiscale delle corse effettuate con il TAXI indicanti il giorno e il percorso

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

Certificato rilasciato dal Responsabile del Centro Dialisi attestante la gravità e la necessità per il paziente di essere trasportato mediante ambulanza

Fattura del trasporto in ambulanza

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

La richiesta di rimborso spese di viaggio relativa al mese

di _____ anno _____

del Sig. _____

cognome

nome

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

con il numero di protocollo _____

IL FUNZIONARIO
