



## 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 \_\_\_\_\_
- per 2 viaggi giornalieri** (andata e ritorno)
- accompagnato da** \_\_\_\_\_  
cognome e nome familiare/convivente/addetto all'assistenza dell'assistito  
nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov) \_\_\_\_\_  
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato)  
residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
che ha effettuato **4 viaggi giornalieri** (andata e ritorno due volte nella stessa giornata).  
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.*
- Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ **Firma Accompagnatore** \_\_\_\_\_

- che il viaggio è stato effettuato con **Taxi**
- che il viaggio è stato effettuato tramite **trasporto collettivo/individuale organizzato** da  
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
- Biglietto del mezzo di trasporto pubblico in originale
- 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/la sottoscritto/a chiede che i contributi siano versati

- sul proprio C/C o sul C/C di \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (prov) \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
da me delegato/a alla riscossione
- n. IBAN \_\_\_\_\_ Banca \_\_\_\_\_  
Agenzia \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_;

- sul Conto Corrente Bancario della Cooperativa/Organizzazione

\_\_\_\_\_

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

Segue **dichiarazione di delega**:

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ 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 normativa sulla tutela dei dati personali (Regolamento Ue 679/2016)**

I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto della suddetta normativa europea. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 15-22 del Regolamento europeo 679/2016.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_