

AL DIRETTORE DEL DISTRETTO DSS1

Via Dalmazia 3
72100 Brindisi

IL SOTTOSCRITTO _____

CHIEDE

AI SENSI DELLA L.R.9 DEL 05/11/1991 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI E INTEGRAZIONI IL RIMBORSO DELLE SPESE DI TRASPORTO ☐ SOLO A.R. ☐ DOPPIO VIAGGIO A.R. SOSTENUTE PER IL TRATTAMENTO EMODIALITICO FRUITO NEL MESE DI _____ PRESSO _____

DA EFFETTUARSI CON:

- ☐ assegno circolare intestato a: _____
☐ bonifico bancario iban: _____

A TAL FINE, CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI STABILITE DALLA VIGENTE NORMATIVA IN CASO DI FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI DICHIARAZIONI, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, DICHIARA AI SENSI DEL DPR 28/12/2000 N.445 e s.m.i,

- DI ESSERE NATO _____ IL _____ TEL: _____
- DI ESSERE RESIDENTE A _____ VIA _____

DI AVERE IL SEGUENTE CODICE FISCALE _____

- (compilare solo se differente da residenza)
- DI ESSERE DOMICILIATO A _____ VIA _____
- DI AVER UTILIZZATO IL SEGUENTE MEZZO DI TRASPORTO:

☐ MEZZI PUBBLICI

☐ AUTOVETTURA PROPRIA, COME DA PREVIA AUTORIZZAZIONE TARGA N° _____

☐ AUTOVETTURA AD USO PRIVATO

☐ AMBULANZA PRIVATA

- CHE LA DISTANZA VIARIA PIÙ BREVE DAL PROPRIO DOMICILIO ALLA STRUTTURA SANITARIA PRESSO LA QUALE HA EFFETTUATO IL TRATTAMENTO EMODIALITICO E' DI KM. _____
- DI ESONERARE L'AZIENDA ASL DI BRINDISI DA OGNI RESPONSABILITÀ PER L'UTILIZZO DEL MEZZO PROPRIO
- DI NON AVER USUFRUITO GRATUITAMENTE DEL TRASPORTO
- DI ESSERE STATO ACCOMPAGNATO DA _____ NATO A _____

IL _____ RESIDENTE A _____ VIA _____ CF: _____

ALLEGA ALLA PRESENTE:

1) DOCUMENTAZIONE SPESE DI TRASPORTO PARI A _____

2) CERTIFICATO MEDICO RILASCIATO DAL RESPONSABILE DEL CENTRO DIALITICO ATTESTANTE:

- ☐ la prestazione effettuata
☐ che le condizioni di salute non consentono l'utilizzazione dei mezzi pubblici, e rendono necessario l'accompagnamento.

3) FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO E TESSERA SANITARIA

DICHIARA, DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE I DATI DICHIARATI SARANNO TRATTATI DAGLI UFFICI ESCLUSIVAMENTE PER L'ISTRUTTORIA DELLA PRATICA E PER LE FINALITÀ STRETTAMENTE CONNESSE, CHE IN QUALSIASI MOMENTO POTRÀ ESERCITARE IL DIRITTO DI ACCESSO, RETTIFICA, AGGIORNAMENTO, INTEGRAZIONE E CANCELLAZIONE DEI DATI, AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO NR.196 DEL 30/06/2003 E S.M.I, RIVOLGENDOSI ALL'ASL DI BRINDISI.

DATA _____

CON OSSERVANZA _____