

AL DIRETTORE DEL DISTRETTO DSS1

Via Dalmazia 3

72100 Brindisi

Il sottoscritto _____

nato/a _____ (_____) il _____

residente a _____ (_____) CAP _____

in via/piazza _____ n. _____

tel. _____ Codice Fiscale _____

in qualità di ☐ Padre ☐ Madre di _____

**RICHIESTE IL RIMBORSO DELLE SPESE DI VIAGGIO E SOGGIORNO SOSTENUTE IN VIRTU' DELLA
Legge Regionale n°12 del 12.08.2005 art.13 e L.R 21 novembre 1996, n. 25 art.1**

Allega alla presente la seguente documentazione:

- ☐ attestazione di presenza rilasciata dal centro prescelto
☐ copia del documento di identità e codice fiscale

DOCUMENTAZIONE E SOMMA DELLE SPESE SOSTENUTE:

viaggio in: ☐ aereo ☐ treno ☐ auto	€: _____
☐ biglietto aereo/treno	€: _____
☐ biglietto bus	€: _____
☐ Pedaggi autostradali	€: _____
☐ Spese carburante da _____ a _____ (il rimborso e' pari a 1/5 del costo della benzina super)	€: _____
Totale km percorsi per andata e ritorno	KM _____
☐ fattura/ric.fiscale vitto del paziente (max €.80 giornaliero)	€: _____
☐ fattura/ric.fiscale alloggio del paziente* *(nei limiti della tariffa per la categoria a tre stelle max € 150,00 giornaliero)	€: _____
☐ fattura/ric.fiscale vitto accompagnatore	€: _____
☐ fattura/ric.fiscale alloggio accompagnatore	€: _____

Il rimborso della spesa complessivo di euro..... sostenuta potrà essere erogato a mezzo:

- ☐ Bonifico bancario Iban: _____
☐ assegno

Il sottoscritto autorizza, infine, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. l'ASL BR al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e formati successivamente per i quali la richiesta viene resa.

Con osservanza

Data _____

(firma) _____