

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 _____

☐ **ACCOMPAGNATORE**

☐ **DONATORE**

Nominativo: _____

nato/a _____ (_____) il _____

residente a _____ (_____) CAP _____

in via/piazza _____ n. _____

tel. _____ Codice Fiscale _____

Grado di parentela _____

**RICHIESTE IL RIMBORSO DELLE SPESE DI VIAGGIO E SOGGIORNO SOSTENUTE IN VIRTÙ' DELLA
Legge Regionale n°25 del 26.11.1996 s.m.del 06.05.1998 del 13.04.2000 del 04.12.2000 e del 9.12.2002**

A tal fine, consapevole delle responsabilità di carattere civile e penale derivanti da affermazioni inesatte o non vere ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e s.m.i.,

DICHIARA

1) che il reddito complessivo del nucleo Familiare annuo e' pari a € _____

2) che la documentazione medica e amministrativa allegata e' veritiera e inerente all'oggetto della presente Richiesta

3) di aver utilizzato, per il viaggio l'automezzo privato :

modello _____ targa _____ ovvero _____

Allega alla presente la seguente documentazione medica e amministrativa:

- ☐ fotocopia del documento di riconoscimento e tessera sanitaria
- ☐ certificazione medica attestante la necessità dell'accompagnatore
- ☐ certificazione attestante la visita c/o centro trapianti
- ☐ certificazione attestante la presenza dell'accompagnatore alla visita c/o centro trapianti

segue

DOCUMENTAZIONE E SOMMA DELLE SPESE SOSTENUTE:

☐ Biglietti di viaggio del paziente ☐ aereo ☐ treno ☐ auto	€: _____
☐ Biglietti di viaggio accompagnatore ☐ aereo ☐ treno ☐ auto	€: _____
☐ Pedaggi autostradali paziente	€: _____
☐ Pedaggi autostradali accompagnatore	€: _____
☐ Spese vitto del paziente	€: _____
☐ Spese alloggio del paziente	€: _____
☐ Spese vitto accompagnatore /donatore	€: _____
☐ Spese alloggio accompagnatore/donatore	€: _____
☐ Spese carburante da _____ a _____	€: _____
TOTALE RICHIESTO	€: _____

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 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) _____