ASL Foggia
PugliaSalute

Rif. L.R. n° 25 del 21.11.1991
Rif. L.R. n° 14 del 16.05.2013
Rif. L.R. n° 23 del 04.07.1994

RICHIESTA RIMBORSO SPESE DI TRASPORTO PER ASSISTITI DIALIZZATI

Il/la sottoscritto/a _____, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dart. 76 del Testo Unico di cui al DPR 28/12/2000 N.445 in caso di dichiarazione mendace e falsa attestazione,

DICHIARA

Di essere nato/a a _____ (_____) il _____/_____/_____, e residente a _____, (____) in Via/p.zza _____, n. _____, avente il cod. fisc. _____, tel. _____/_____;

CHIEDE

Il rimborso alla spesa di viaggio sostenuta per essere stato sottoposto al trattamento emodialitico, come da certificazione allegata, presso il Centro di Dialisi di _____

① PER SE
BARRARE LA VOCE DI INTERESSE

②PER IL MINORE, IN QUALITA' DI _____
SPECIFICARE IL GRADO DI PARENTELA

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ (____) il ____/ ____/_____ residente a _____
via/p.zza _____ n° _____, cod. fisc. _____;

Si allega:
Dichiarazione del centro Emodialisi;
Copia del documento di riconoscimento e Tessera Sanitaria firmata e datata;
I viaggi sono stati effettuati con:

- autovettura mod. _____ Targa _____ di sua proprietà.
- autovettura mod. _____ Targa _____ di proprietà terzi.

Condotta dal Sig. _____ residente a _____ in Via _____n°____

- Fruisce della Circ. Reg. 2/92 L.r. n°9 del 05.11.1991 (solo per Dializzati con patologie gravi)

L'istanza autorizza Codesta Direzione ad accreditare la richiedente somma sul seguente e proprio codice IBAN:

Nonché all'utilizzo dei dati personali, ai sensi e per effetto del codice in materia di protezione dei dati personali, D. L.GVO N° 196/2003

San Severo _____/ _____/ _____

Firma del Richiedente

_____