



ASL Foggia

PugliaSalute

Distretto Socio Sanitario n. 51
71016 San Severo

RICHIESTA RIMBORSO SPESE PER TRAPIANTATI E IN ATTESA DI TRAPIANTO

Il/la sottoscritto/a _____, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dall'art. 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. ____/____/____;

Di essere (GRADO DI PARENTELA) _____ del minore _____, nato/a a _____ (____) il ____/____/____ e residente a _____ (____) in Via/P.zza _____ n. _____;

Di essere trapiantato In attesa di trapianto

CHIEDE

Ai sensi della L.R. n. 25/1996 il rimborso delle spese di viaggio e soggiorno, anche per l'accompagnatore, se giustificato, sostenuti per i controlli effettuati nelle seguenti date: ____/____/____; ____/____/____; ____/____/____; Presso l'Ospedale di _____;

Dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità che il reddito del proprio nucleo familiare non è superiore a € 80.000,00 (ottantamila/00);

Allega alla presente certificati medici e la seguente documentazione:

Biglietti ferroviari	n. ____ per un totale di	€ _____, _____
Biglietti Tram/Taxi	n. ____ per un totale di	€ _____, _____
Biglietti Pedaggio Autostradale	n. ____ per un totale di	€ _____, _____
Fatture Pasti	n. ____ per un totale di	€ _____, _____
Fatture Soggiorno	n. ____ per un totale di	€ _____, _____

Dichiara di aver usato l'automezzo privato modello _____, targato _____;

San Severo (FG) ____/____/____

Firma del Richiedente

