RICHIESTA RIMBORSO TRASPORTO CON MEZZO IDONEO PER DIALISI EFFETTUATA FUORI DALLA SEDE ABITUALE

Al Distretto Socio Sanitario n. _____
A.S.L. 3

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____in Via _____

Codice Fiscale _____ Tel. _____

CHIEDE

Il rimborso delle spese sostenute per il trasporto con mezzo idoneo da _____ (sede provvisoria domicilio) a _____ (sede provvisoria dialisi) e ritorno nel periodo _____

A tal fine allega:

1) Richiesta medica rilasciata dal Centro della sede abituale della dialisi, preventivamente autorizzata, nella quale è indicata la frequenza settimanale, il periodo della terapia la indispensabilità di utilizzare mezzo idoneo diverso dai mezzi pubblici e privati;
2) Ricevuta delle spese sostenute;
3) Dichiarazione dell'Ente che ha fornito il servizio, attestante i viaggi effettuati.

Accredito sul conto corrente IBAN:

Intestato a: _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.lgs 196 del 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e s.m.i.; al fine di permettere l'espletamento degli adempimenti informativi, amministrativi e contabili connessi al rapporto contrattuale.

Data _____

Firma _____