RICHIESTA RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER INTERVENTI DI TRAPIANTO
L.R. 6 agosto 2001 n. 26 e s.m.i.

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

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____in Via_____

Codice Fiscale _____ Tel. _____

CHIEDE

per sé e/o per l'accompagnatore_____

Il rimborso della spesa di €._____per spese di trasporto/viaggio e di soggiorno per:

- ☐ Esami preliminari trapianto;
- ☐ Intervento di trapianto;
- ☐ Controlli successivi al trapianto

nel limite massimo complessivo di €. 3.098,74 per ogni evento di trapianto e laddove il reddito del nucleo familiare si inferiore a €. 51.645,69.

Nel periodo: _____

Accredito sul conto corrente IBAN:

Intestato a: _____

A tal fine allego:

1. Certificazione medica sulla condizione sanitaria attestante la necessità di accompagnamento;
2. Autocertificazione sulle condizioni reddituali del nucleo familiare;
3. Spese sostenute documentate con fatture quietanziate o titoli equipollenti;

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 _____