# DOMANDA RIMBORSO PER EMODIALISI DOMICILIARE

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. _____

a seguito di trattamento con dialisi domiciliare, come da certificazione sanitaria rilasciata da

_____

_____ in data _____

**CHIEDE**

a) Il contributo annuale previsto dalla L.R. n. 28 del 27/08/1987 e dalla L.R. n. 36 del 22/08/1989, pari ad €. 929,62 quale concorso spese connesso all'utilizzo delle apparecchiature per dialisi domiciliare.
b) Un rimborso pari al 70% delle spese sostenute per lavori di modificazione degli impianti idrici, elettrici e di terra (presentare preventivi dei lavori eseguiti con dichiarazione di conformità impianti rilasciata dal competente Centro di Emodialisi)

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 _____