DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER TRASPORTI DI EMODIALIZZATI

prot. n. …… del ……

AL DIRETTORE SANITARIO DEL DISTRETTO 57

Il/la sottoscritto/a ……...

nato/a …….. il ……/……/…….

e residente a …….. in via …….

c. f. …… tel. :……...

CHIEDE

Il rimborso della spesa sostenuta di € …… per N...... **trasporti effettuati presso il Centro di emodialisi …… per N. …… dialisi ambulatoriali cui è stato/a sottoposto/a dal ……. al**.....**, e DELEGA all'incasso il/la sig. …… nato/a il …../……/…… residente a ……alla via**.....**,**

cosciente ed ammonito sulle responsabilità penali in cui può incorrere per le false dichiarazioni (art. 26 L. 15/68)

Ercolano li……. Firma ……...

Ai sensi dell'art. 10 L. 675/96 presta consenso al trattamento dei dati sensibili da parte dell'Asl NA 3 Sud ai fini istituzionali.

Ercolano li …… Firma ……

DICHIARAZIONE DEL TRASPORTATORE

Il/la sottoscritto/a …… residente in …… alla via.....**dichiara sotto la propria responsabilità, di aver trasportato l'emodializzato/a su- indicato/a dal proprio domicilio al Centro di emodialisi su-menzionato, facendo uso dell'autovettura targata…… di proprietà di ……..**

firma ……...

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE: certificazione rilasciata dal centro di dialisi

---

Riservato all'ufficio

Parere del sanitario ☐ **favorevole**

☐ **non favorevole per i seguenti motivi ……..**

Data …../…./…… timbro e firma……..

Rimborso n. …….. di € ……

Il responsabile amministrativo