**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER TRASPORTI DI EMODIALIZZATI**

**prot. n. …… del ……**

**AL DIRETTORE SANITARIO NDEL DISTRETTO 55**

**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**