

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 viadichiara 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