

AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 SUD
DISTRETTO N° 59

DOMANDA RIMBORSO SPESE DI TRASPORTO PER EMODIALIZZATI

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ Cap _____ Prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
telef. n. _____ cell. _____
codice fiscale _____ / _____ / _____ / _____ / _____

CHIEDE

Il rimborso delle spese, di cui alla documentazione allegata, sostenute dallo stesso per trasporto in autovettura privata o taxi dal proprio domicilio al centro Dialisi dell'Ospedale o Clinica o Struttura Privata di _____ e viceversa, per praticare l'emodialisi, siccome affetto da **"UREMIA CRONICA IN FASE TERMINALE"** come da referto medico allegato.

Le dialisi effettuate dal _____ al _____ sono state n. _____ e pertanto i viaggi sostenuti nel suddetto periodo per il trasporto dal proprio domicilio al centro dialisi e viceversa sono n. _____.

Per i viaggi al sottoscritto verrà rimborsato un compenso forfettario ai sensi della DGRC n. 5420 del 12/07/1996.

Inoltre chiede che il rimborso delle spese venga erogato tramite:

- Bonifico bancario IBAN _____;
- Bonifico Postale IBAN _____

Se l'intestatario del conto è diverso dal richiedente indicare il nominativo ed il Codice fiscale

_____ .
Lì _____ Firma _____

DICHIARAZIONE PER RIMBORSO TRASPORTO DIALIZZATI

Il/La sottoscritto/a _____
residente in _____ Cap _____ Prov. _____
Dichiara, sotto la propria disponibilità, di aver trasportato l'emodializzato
_____ dal proprio domicilio, sito nel Comune di
_____ Via /Piazza _____ al _____
_____ e viceversa per n. _____ durante il periodo dal
_____ al _____ facendo uso dell'autovettura targata _____
Di proprietà di _____.
Lì _____

IL PROPRIETARIO DELL'AUTOVETTURA

IL CONDUCENTE

RISERVATO ALL'UFFICIO

PARERE DEL SANITARIO FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE

FIRMA DEL SANITARIO _____

RIMBORSO DI € _____

IL RESPONSABILE AMMINISTRATIVO _____

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALL'UFFICIO ASSISTENZA INDIRETTA PER IL RIMBORSO DEI TRASPORTI EMODIALIZZATI

In prima istanza:

- Fotocopia patente dell'accompagnatore;
- Fotocopia libretto circolazione auto;
- Fotocopia Codice fiscale;
- Fotocopia Documento d'Identita;

Documentazione dell'assistito:

- Documentazione sanitaria di avvio alla dialisi;
- Fotocopia del tesserino sanitario (medico curante);
- Fotocopia Documento d'Identita;
- Fotocopia Codice fiscale o Tessera TEAM;
- Delega alla riscossione dei rimborsi nel caso non ci si possa recare in banca o gli estremi del conto corrente per l'accredito (cod. IBAN, ABI, CAB, E INDICAZIONE DELLA BANCA).

Entro il 10 di ogni mese deve essere presentata al protocollo l'istanza di rimborso delle spese di trasporto:

- Domanda di rimborso per le spese di trasporto;
- Dichiarazione per rimborso trasporto dializzati;
- Certificato del Centro Dialisi attestante i giorni e il numero delle terapie effettuate.

