

RICHIESTA RIMBORSO SPESE TRAPIANTATI/NDI

Spett.le ASL NA/3 SUD
Distretto 59
Sant'Agnesello (Na)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Cap _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

telef. n. _____ cell. _____

codice fiscale _____/_____/_____/_____/_____

Documento d'identità n. _____ rilasciato da _____

In data _____

In qualità di

- Diretto interessato
- Esercente la patria potestà per conto del minore _____

Cod. fiscale _____/_____/_____/_____/_____ nato il _____

a _____ residente a _____

in Via/Piazza _____

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità ai sensi della legge regionale n. 41 del 19/11/2002 "Norme a favore dei soggetti in attesa di trapianto, dei trapianti e dei donatori", consapevole delle sanzioni penali in cui può incorrere nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 26/12/2000:

- Di possedere un reddito ISEE non superiore ad €42.000,00;
- Di essere tipizzato ed inserito/che il minore è stato tipizzato e inserito nelle liste di attesa dal _____ presso il Centro Trapianti di _____;
- Di essere stato/che il minore è stato trapiantato in data _____ presso il Centro Trapianti di _____;
- Di essersi /che il minore si è recato presso il predetto centro con:
 - Mezzo privato;
 - Aereo;
 - Treno.

Dal _____ al _____ il _____

DICHIARA

Inoltre il nominativo dell'accompagnatore Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____

Codice Fiscale _____/_____/_____/_____/_____ Documento d'identità n. _____

_____ rilasciato da _____

in data _____

DICHIARA

Altresì, che il trapianto è stato effettuato da donatore vivente;

Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____

Codice Fiscale _____/_____/_____/_____/_____ Documento d'identità n.

_____ rilasciato da _____

in data _____

CHIEDE

Il rimborso delle spese viaggio e di soggiorno sostenute per recarsi presso il predetto Centro Trapianti in occasione di:

- Esami preliminari, tipizzazione tissutale ed altri interventi eseguiti presso il Centro;
- Intervento di trapianto d'organo e di tessuto;
- Controlli successivi all'intervento e dell'eventuale espianto.
- Il rimborso delle spese di viaggio sostenute dall'accompagnatore in occasione degli eventi sopradescritti.
- Il rimborso delle spese di soggiorno sostenute dall'accompagnatore in occasione degli eventi sopradescritti.
- Il rimborso delle spese di viaggio sostenute dal donatore.
- Il rimborso delle spese di soggiorno sostenute dal donatore.

Ai fini di cui sopra allega, in originale, alla presente richiesta:

- Certificazione sanitaria del Centro Trapianti _____;
- Documentazione attestante le prestazioni effettuate presso il Centro;
- Biglietto/i ferroviario/i;
- Biglietto/i aereo/i;
- Scontrini autostradali;
- Ricevute/fatture per spese di soggiorno.

CHIEDE

Che il rimborso delle spese venga erogato tramite:

- Bonifico bancario IBAN _____;
- Bonifico Postale IBAN _____;

Data _____

Distinti saluti
