

 	AUTORIZZAZIONE UTILIZZO SERVIZIO TAXI PER DIALIZZATI AUTOSUFFICIENTI DISTRETTO PADOVA BACCHIGLIONE, DISTRETTO PADOVA TERME COLLI, DISTRETTO PADOVA PIOVESE, DISTRETTO ALTA PADOVANA, DISTRETTO PADOVA SUD UOS Servizi amministrativi distrettuali	Codifica 02.24.00	Rev.00 del 15/03/2024
			Pag. 1 di 2

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO DEL SERVIZIO TAXI PER DIALIZZATI
(DGR N.3120 del 12 luglio 1994)

Il sottoscritto/a _____ Nato/a _____ il _____
residente a _____ CAP _____
In Via/Piazza _____ n° _____ n° tel/cell _____
Codice Fiscale _____ email _____
in trattamento dialitico presso _____

consapevole di incorrere, in caso di dichiarazione non veritiera, nelle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e nella decadenza dai benefici eventualmente ottenuti, sotto la propria personale responsabilità

CHIEDE

per l'anno solare _____ il rimborso delle spese di viaggio sostenute per sottoporsi alle sedute di emodialisi dal proprio domicilio al centro di emodialisi competente con servizio taxi o navetta privata per indisponibilità ad utilizzare altri mezzi di trasporto per le seguenti motivazioni di carattere sanitario (rimborso della tariffa applicata)

Si allega il *preventivo di spesa* per l'utilizzo del servizio taxi o navetta privata.

Dichiarazione del consenso al trattamento dati ex art. 23 del D. Lgs. n. 196/03

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della D. Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del Codice.

Data _____

Firma _____

L'erogazione del rimborso avverrà su presentazione di dichiarazione del Centro Dialisi che documenti l'accesso alla struttura e della documentazione attestante il costo sostenuto per il trasporto.

PARTE RISERVATA ALL'AZIENDA ULSS 6 Euganea

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA per i seguenti motivi

SI PROPONE E AUTORIZZA IN ALTERNATIVA _____

per i seguenti motivi _____

Data

Direttore del Distretto
