

	RIMBORSO SPESE VIAGGIO EMODIALISI AMBULATORIALE DISTRETTO PADOVA BACCHIGLIONE, DISTRETTO PADOVA TERME COLLI, DISTRETTO PADOVA PIOVESE, DISTRETTO ALTA PADOVANA, DISTRETTO PADOVA SUD UOS Servizi amministrativi distrettuali	Codifica 03.2024	Rev.00 del 15/03/2024
			Pag. 1 di 2

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE VIAGGIO PER EMODIALISI AMBULATORIALE
(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

il rimborso delle spese di viaggio sostenute per sottoporsi alle sedute di emodialisi dal proprio domicilio al centro di emodialisi competente:

- con mezzo di trasporto proprio (rimborso di 1/5 del costo al litro della benzina per km percorso)
- con trasporto pubblico locale (rimborso della tariffa applicata)
- taxi o navette private per indisponibilità ad utilizzare altri mezzi di trasporto per motivazioni di carattere sanitario (rimborso della tariffa applicata)

Allega la seguente documentazione:

- dichiarazione del servizio di emodialisi nella quale si attesta i giorni nei quali è stata effettuata la terapia
- ricevuta di quietanzata del conducente dell'auto pubblica (taxi o navetta privata) e autorizzazione dell'ULSS all'utilizzo dello stesso
- altre ricevute (specificare) _____

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 _____

Sul retro leggasì informazioni relative al pagamento

