

REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
Via
Telefono

MODULO DI RICHIESTA PER IL RIMBORSO DELLE SPESE AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE 19 NOVEMBRE 2002, N. 41 "Norme in favore dei soggetti in attesa di trapianto, dei trapiantati"

Il/La sottoscritto/a.....
Nato/a il/
Residente in.....CAP località
Via/PiazzaN.....
Codice fiscalecodice regionale
Documento di identità n.rilasciato da
In data Telefono

In qualità di:

- diretto interessato
 esercente la patria podestà per conto del minore

nato a..... il
residente acodice fiscale.....
Codice regionale.....

erede di.....nato a.....
Il.....Deceduto in data.....

DICHIARA

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

- la residenza nella Regione, Lazio
- di far parte di un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno/agli anni.....
di €
- di essere titolare di reddito individuale non superiore ai € 55.000,00 riferito all'anno/agli
anni
- di essere tipizzato ed inserito nelle liste di attesa a far data dal
presso il centro Trapianti di
- di essere stato trapiantato in data presso il Centro
- di essersi recato presso il predetto centro con:

- mezzo privato
 aereo
 treno

DICHIARA

Inoltre,

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

nato/a il.....

residente a:.....CAP.....

via/piazza.....

codice fiscale,.....,.....

Documento di identità n. Rilasciato da

In data.....:.,...

Della cui assistenza ha usufruito nel corso:

degli accertamenti pre-trapianto

del periodo di degenza

degli accertamenti post-trapianto

DICHIARA

Altresì, che il trapianto è stato effettuato da donatore vivente

Signor/a.....

nato/a il

residente a..... CAP.....

via/piazza

codice fiscale

Documento d'identità n. Rilasciato da

In data

Specificare se:

consanguineo

legato da rapporto di coniugio

da altra parentela con il paziente

CHIEDE

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

esami preliminari, tipizzazione tessutale e altri interventi eseguiti presso il Centro

intervento di trapianto d'organo e di tessuto

controlli successivi all'intervento ed eventuale espianto

Il rimborso delle spese di viaggio sostenute dall'accompagnatore in occasione degli eventi sopraindicati

Il rimborso delle spese di soggiorno sostenute dall'accompagnatore in occasione degli eventi sopraindicati

Il rimborso delle di spese di viaggio sostenute dal donatore

Il rimborso delle spese di soggiorno sostenute dal donatore

Al fine di cui sopra si allega alla presente richiesta:

1. certificazione rilasciata dal centro Trapianti in occasione di accertamenti/trapianto
2. documentazione attestante le prestazioni effettuate presso il Centro.....
3. biglietto ferroviario/i
4. biglietto/i aereo
5. scontrini autostradali
6. ricevute/fatture per spese di soggiorno

Tutti i documenti di spesa in originale si riferiscono a spese sostenute a far data dal

Chiedo che il rimborso delle spese venga erogato

S P O R T E L L O

IBAN.....

..

Prendo atto, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE, che i dati raccolti direttamente dall'interessato o da chi ne fa le veci mediante la compilazione del presente modulo ed i suoi eventuali allegati saranno trattati dalla ASL di Rieti quale titolare del trattamento esclusivamente per l'istruttoria della domanda e la gestione della procedura di rimborso spese e che i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento citato possono essere esercitati dall'interessato rivolgendosi al titolare anche per il tramite del Responsabile Protezione Dati sempre raggiungibile all'indirizzo dpo@asl.rieti.it.

Data.....

Firma

.....