

Dialisi: richiesta di rimborso per le spese di viaggio

Io sottoscritto/a

(nome)

| (cognome)

nato/a il

| a

| Prov.

Stato di nascita

| codice fiscale

residente a

| Prov.

| CAP

Via

| n.

telefono (fisso o cellulare)

| e-mail (facoltativo)

DICHIARO DI ESSERE

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

il diretto interessato

l'erede

di (nome)

| (cognome)

nato/a il

| a

| deceduto/a il

| a

CHIEDO

► il rimborso delle spese di viaggio in auto privata per la dialisi effettuata nella struttura sanitaria

(specificare il nome e il luogo)

DICHIARO

► che i chilometri percorsi per ogni seduta di dialisi sono (specificare)

DICHIARO CHE (da compilare solo se il rimborso viene chiesto dall'EREDE)

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

sono l'unico erede e scelgo di ricevere l'accredito sul

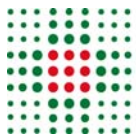
conto corrente bancario o postale intestato a:

codice IBAN:

esistono altri eredi che concordano sull'effettuazione dell'accredito sul

conto corrente bancario o postale intestato a:

codice IBAN:



SCELGO DI (da compilare solo se il rimborso viene chiesto dal DIRETTO INTERESSATO)

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

ricevere l'accredito sul conto corrente bancario o postale intestato a:

codice IBAN:

ricevere un assegno non trasferibile per posta (solo per importi fino a 1.000 euro) all'indirizzo
(specificare solo se diverso da quello già indicato)

Via

Comune

CAP

Prov.

ALLEGO

- l'attestato delle sedute mensili rilasciato dal centro dialisi
- una copia di un documento di identità in corso di validità
- una copia del codice fiscale e di un documento di identità dell'intestatario dell'IBAN (nel caso sia una persona diversa da chi chiede il rimborso)

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data

| firma (per esteso e leggibile)

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo www.ausl.mo.it/informativaprivacy

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Come chiedere il rimborso

Può presentare la sua richiesta in diversi modi:

- di persona al centro dialisi di riferimento
- per fax al numero 059 3863564
- per posta elettronica ordinaria o certificata, all'indirizzo rimborsodializzati@pec.ausl.mo.it

Ricordi che soltanto scrivere da un indirizzo PEC le garantisce la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio.

ATTENZIONE! Se delega un'altra persona a presentare la sua richiesta, deve ricordarsi di compilare anche il "Modulo di delega".