

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/Piazza

Codice fiscale codice 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 a codice 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 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/gli 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 Signor/a
 nato/a il
 residente a CAP.....
 via/piazza
 codice fiscale Codice regionale
 Documento d'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 Codice regionale
 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:
 1. esami preliminari, tipizzazione tessutale ed altri interventi eseguiti presso il Centro
 2. intervento di trapianto d'organo e di tessuto
 3. 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 spese di viaggio sostenute dal donatore
- il rimborso delle spese di soggiorno sostenute dal donatore

Al fine di cui sopra allega alla presente richiesta:

1. certificazione rilasciata dal centro Trapianti copia del modello E 112 rilasciato dall'Azienda USL in occasione di accertamenti/trapianto
2. documentazione attestante le prestazioni effettuate presso il centro
3. biglietto/i 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 a mezzo bonifico bancario intestato

a

indirizzo

C/c bancario n.

n. codice ABI n. codice CAB

BANCA Agenzia n.

In alternativa, autorizzo l'Azienda USL ad emettere assegno circolare non trasferibile a me intestato da recapitare al seguente indirizzo

.....

Prendo atto che tutti i dati contenuti nella presente domanda sono trattati secondo quanto previsto dalla legge 675/96. Responsabile del trattamento dei dati è l'Azienda USL

Data

Firma

.....

Riservato alla Azienda USL

Richiesta pervenuta il

Registrata con il n. prot.

N° allegati verificati ed accertati come unico elenco

data

firma dell'incaricato