

**REGIONE LAZIO  
AZIENDA SANITARIA LOCALE RM 5  
DISTRETTO SANITARIO DI**

.....

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE  
PER PAZIENTI IN TRATTAMENTO  
DIALITICO D.C.A. - 441**

"Disposizioni normative in materia di  
nefropatie e dialisi, di contributi per  
spese di trasporto e prestazioni  
dialitiche e contestuale revoca della  
DGR n. 1614/2001"

**RIMBORSO DELLE SPESE DI VIAGGIO**

Il sottoscritto.....  
nato a ..... il .....residente in.....  
.....CAP..... Via.....  
Codice Fiscale .....Telefono.....

..  
Genitore / legale rappresentante del/la Sig./Sig.ra .....  
.....  
Nato/a a..... il .....residente in.....  
..... CAP.....Via.....  
..... Codice Fiscale .....

**Chiede**

Il rimborso delle spese sostenute per il viaggio dal domicilio (*specificare se diverso dal/a  
residenza*) in Via ..... Città.....  
..... CAP ..... al centro clinico.....  
..... Città.....  
Via.....CAP.....

Dove è stato sottoposto a trattamento dialitico nel mese di.....per un  
numero complessivo di sedute .....

Il/La sottoscritto/a dichiara:

- Che il viaggio è stato effettuato con il comune mezzo di trasporto pubblico(taxi).
- Che il viaggio è stato effettuato mediante vettura privata di proprietà .....  
di..... targa ..... tipo .....  
per Km..... X 2 viaggi giornalieri.
- Che la distanza dalla propria abitazione al centro di cura è inferiore a 15 Km.....e  
che il conducente è tornato all'abitazione per poi tornare a prendermi, effettuando quindi  
Km.....per 4 viaggi giornalieri, (fino ad un totale di 60 Km).

- Che il conducente della vettura è stato.....  
(si allega dichiarazione del conducente)
- (familiare)
- (convivente)
- Personale addetto alla struttura sia dipendente del dichiarante che da struttura di accoglienza autorizzata (casa alloggio, RSA, ecc.)
- Considerato che la distanza dal domicilio al centro di dialisi è di Km.....  
quindi leggermente superiore ai 15 Km previsti, in base al punto 1.1.2. considerata la possibilità di percorrere il viaggio in tempi brevi, richiede una proroga chilometrica.
- Che il viaggio è stato effettuato mediante Cooperativa, Società, Associazione di volontariato, ecc.
- Che il viaggio è stato effettuato tramite autolettiga.
- Che il viaggio è stato effettuato tramite carrozzina.
- Che il viaggio è stato individuale come da punto 1.1.4. c, giustificato come da certificati allegati.

**Si allega:**

- Certificato del Responsabile del Centro Dialisi indicante i giorni di trattamento e le condizioni cliniche;
- ulteriore certificato del Responsabile del Centro Dialisi attestante la necessità del trasporto con ambulanza o carrozzina.
- relative attestazioni di pagamento (fattura)

Il sottoscritto chiede che i contributi devono essere:

- Inviati al domicilio tramite Assegno Circolare non trasferibile.
- Ritirati tramite sportello Unicredit da:  
Nome e Cognome del delegato.....  
Codice Fiscale del delegato.....  
da me delegato alla riscossione.
- Versati sul Conto Corrente Bancario/Postale  
N° ..... ABI ..... CAB.....  
**-Cod. Iban**.....  
Intestato a .....  
Codice Fiscale.....  
da me delegate alla riscossione.

Il sottoscritto.....ai sensi della *Legge 196/2003*, autorizza  
(indicare società) ..... al trattamento dei dati personali  
nelle forme e nei limiti consentiti dalle norme vigenti.

Firma

.....

Data .....

## RISERVATO ALLA ASL

Vista la regolarità delle dichiarazioni e della documentazione allegata, visto il costo della benzina, dispone la liquidazione a titolo di concorso spese, come da prospetto sottostante:

1. Km complessivi (A+R) .....X numero terapie .....per tariffa Km (A+R) .....
2. cifra fissa per terapia € 18.00 + 15% festivo ..... = €
3. Km complessivi (A+R) .....x numero terapie ..... per tariffa Km. (A+R) .....
4. cifra fissa per terapia € 25.00 + 15% festivo ..... = €
5. Costo autolettiga, cifra fissa per terapia € 130.00 x n. terapie ..... = €

## IL LIQUIDATORE

Data.....

### Da tagliare e restituire al mittente: Protocollo:

La richiesta del/la Sig./Sig.ra ..... relativa al mese di ..... è stata depositata presso questo ufficio..... in data ..... con il numero di protocollo .....

## IL FUNZIONARIO

Data.....