❒ **Distretto Sanitario Est CERVIGNANO DEL FRIULI – PALMANOVA**
❒ **Distretto Sanitario Ovest LATISANA – SAN GIORGIO di NOGARO**

DOMANDA

All'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina"
Via Vittorio Veneto, 174
34170 Gorizia

Per il tramite del Distretto Est

Oggetto: Richiesta di rimborso spese di trasporto per trattamento emodialitico ambulatoriale o domiciliare ex L.R. n. 5 del 28/04/1994.

Il sottoscritto_____

nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

codice fiscale_____ n. di telefono_____

CHIEDE

❑ **Quadro a) (Da compilare SOLO nel caso di beneficiario minorenne o interdetto)**

nella sua qualità di ☐ genitore ☐ tutore di

(minore di 18 anni o interdetto) _____

nato a _____ (_____) il _____

residente in_____ (_____)_____

via/piazza _____ n._____CAP _____

codice fiscale _____

a codesta spett.le Azienda l'assegnazione del sussidio a favore delle persone nefropatiche, come previsto dalla L.R. 5/94 e successive modificazioni, a titolo di rimborso per il trasporto dal domicilio_____

al Centro dialisi di_____

☐ **per sé**

☐ **per il familiare** (indicare la persona di cui al riquadro a)) _____

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi degli art. 46 n. 445, MODEST30_AMM2015

che nel ❑ I ❑ II ❑ III ❑ IV trimestre dell'anno _____ sono state effettuate il numero di sedute sotto indicate percorrendo _____km per ciascun viaggio **(INDICARE SOLO KM DI ANDATA)** e che i viaggi sono stati effettuati con la/le seguente/i modalità:

	NUMERO VIAGGI A/R*		
	MESE DI	MESE DI	MESE DI
MEZZO PUBBLICO *(ad es. bus, autocorriera, treno)*	……/……	……/……	……/……
MEZZO PRIVATO			
• *come CONDUCENTE*	……/……	……/……	……/……
• *come PASSEGGERO*	……/……	……/……	……/……
MEZZO DI SERVIZIO PUBBLICO *(ad es. ambulanza, altri mezzi autorizzati o convenzionati con l'azienda sanitaria)*	……/……	……/……	……/……

*indicare i singoli viaggi di andata e di ritorno (ad es. per 3 sedute dialitiche n. 6 viaggi= 3/3)

Prega inoltre codesta spett.le Azienda che il pagamento venga effettuato mediante:

- ❑ Assegno bancario
- ❑ Bonifico bancario
  presso l'Istituto di credito _____

  IBAN:_____

  intestato a* :_____

  * (INDICARE SE DIVERSO DAL RICHIEDENTE)

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 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.
Distinti saluti.

data firma

…….. …….…….

Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445 del 28.12.2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto; se il modulo, sottoscritto dal dichiarante, è presentato da altra persona o inviato per posta o fax, deve essere accompagnato da fotocopia (fronte - retro) di un documento di identità valido del dichiarante.