❒ 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, per il periodo_____
- **Eredi** di nefropatici -

I sottoscritti:

_____nato/a il _____ a _____

Residente a _____via _____ n. _____

Codice fiscale n. |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|

_____nato/a il _____ a _____

Residente a _____via _____ n. _____

Codice fiscale n. |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|

_____nato/a il _____ a _____

Residente a _____via _____ n. _____

Codice fiscale n. |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|

_____nato/a il _____ a _____

Residente a _____via _____ n. _____

Codice fiscale n. |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|

in qualità di eredi legittimi del/della Sig/Sig.ra_____

nato/a a_____il _____

consapevoli che in caso di dichiarazioni mendaci saranno puniti ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadranno dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere (art. 75 D.P.R. 445/2000)

DICHIARANO

- che il giorno_____è deceduto/a in _____

il/la Signor/Signora_____nato/a a _____il_____

e residente a _____via_____n. _____;

- che il defunto non ha lasciato disposizioni testamentarie in cui nomina altri eredi;

- che gli unici eredi legittimi sono i signori:

N. d'ord.	COGNOME E NOME	NASCITA		Grado di parentela con il "dante in causa"	
		LUOGO	DATA		
1					
	Residente in			C.F.	
2					
	Residente in			C.F.	
3					
	Residente in			C.F.	
4					
	Residente in			C.F.	

- che tra i coniugi suddetti non è mai intervenuta sentenza di separazione e all'atto del decesso convivevano sotto lo stesso tetto;

- che il/la Signor/Signora _____ ha compiuto nel ❑ I ❑ II ❑ III ❑ IV trimestre dell'anno _____ 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 <u>CONDUCENTE</u>*	……/……	……/……	……/……
• *come <u>PASSEGGERO</u>*	……/……	……/……	……/……
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**)

- di essere informati, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati anche strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

CHIEDONO

a codesta spett.le Azienda l'assegnazione del sussidio a favore delle persone nefropatiche, come previsto dalla L.R. 5 del 28/04/1994 e successive modificazioni, a titolo di rimborso per il trasporto dal proprio domicilio_____al Centro dialisi di_____del/della Signor/Signora_____ per il periodo dal_____al_____

DELEGANO

Il/La Signor/Signora_____nato/a a _____il_____
residente a _____via _____ n. _____
Codice fiscale n. |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| alla riscossione del sussidio dovuto al/alla Sig./Sig.ra_____ a titolo di rimborso per le spese sostenute per il trasporto dal domicilio al Centro Dialisi di _____(ai sensi della L.R. 5 del 28/04/1994) per il periodo dal_____al_____
mediante:

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

A tal fine si allega:

- certificati mensili del competente Servizio di Nefrologia e Dialisi
- copia delle carta d'identità dei firmatari

Distinti saluti

data firma

…….. …….

firma

…….

firma

…….

firma

…….