

## DOMANDA

All'Azienda per i Servizi Sanitari  
n. 5 "Bassa Friulana"  
Via Natisone  
33057 Palmanova

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

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 proprio domicilio \_\_\_\_\_  
al Centro dialisi di \_\_\_\_\_

**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 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445,**

di aver 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)

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.*