

## Regione Puglia

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI  
DISTRETTO SOCIO SANITARIO n. ....**

**RICHIESTA RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER TRASPORTO PRESSO I CENTRI DI  
EMODIALISI.**

Al Direttore del Distretto Socio Sanitario n. \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

il rimborso relativo alle spese di viaggio sostenute per sottoporsi ad emodialisi durante  
il mese di \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ d'avia

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ comune di  
\_\_\_\_\_ al centro dialisi  
\_\_\_\_\_ nei giorni feriali  
\_\_\_\_\_ e festivi/ notturni \_\_\_\_\_.

A tal fine dichiara di non aver usufruito gratuitamente di alcun servizio di trasporto nel  
periodo da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ per il quale si  
richiede il rimborso, e dichiara, inoltre, di aver utilizzato:

- mezzo di trasporto pubblico
- autovettura propria targata \_\_\_\_\_ condotta da \_\_\_\_\_
- autovettura ad uso privato targata \_\_\_\_\_ di proprietà di  
\_\_\_\_\_ condotta da \_\_\_\_\_
- autoambulanza

e di aver percorso n. Km. \_\_\_\_\_.

Sollewa codesta ASL BA da qualsiasi responsabilità derivante dall'uso del sopracitato mezzo  
di trasporto.

Chiede il rimborso chilometrico di andata e ritorno per l'accompagnatore SI  NO

Allega alla presente istanza:

- copia del proprio documento di riconoscimento;
- certificazione sanitaria rilasciata dal Dirigente Medico della Divisione di Nefrologia e  
Dialisi attestante i giorni e l'ora in cui è stato effettuato il trattamento emodialitico;

*copia conforme all'originale*  
94

- certificazione sanitaria rilasciata dal Dirigente Medico della Divisione di Nefrologia e Dialisi attestante l'impossibilità ad utilizzare mezzi pubblici di trasporto (in caso di uso di autovettura propria, ad uso privato o autoambulanza) eventualmente integrata da certificazione sanitaria attestante la necessità dell'accompagnamento;
- documentazione di spesa (fattura, ricevuta, ecc) nel caso di utilizzazione di autovettura ad uso privato o autoambulanza;
- dichiarazione dell'accompagnatore relativa alla sua necessità di riprendere l'abituale attività giornaliera dopo l'accompagnamento del dializzato.

chiede pagamento con:

- Accredito suc/c Bancario IBAN \_\_\_\_\_ Banca \_\_\_\_\_
- Assegno circolare N.T. intestato a: \_\_\_\_\_

Autorizzo codesta ASL BA a liquidare e pagare l'importo relativo al rimborso direttamente in favore della ditta/associazione/società \_\_\_\_\_ emittente il documento di spesa allegato, per l'importo e secondo le modalità nello stesso indicate, e manleva, inoltre, codesta ASL BA da ogni responsabilità in ordine al pagamento effettuato in caso di contestazioni o controversie che dovessero sorgere tra il sottoscritto e il trasportatore.

Firma \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

*N.B. non si effettuano accreditamenti su libretti postali*

AREA CONTABILITÀ  
 AREA CONTABILITÀ  


**Allegato B**

**DICHIARAZIONE DELL'ACCOMPAGNATORE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**DICHIARA AI SENSI DEL DPR 445/2000**

che durante il mese di \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ ha  
accompagnato nei giorni \_\_\_\_\_ al centro dialisi  
di \_\_\_\_\_ il Sig. \_\_\_\_\_ con la  
propria autovettura \_\_\_\_\_ targata \_\_\_\_\_  
percorrendo il tragitto da Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del  
comune di \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ corse giornaliere.

Dichiara, altresì, che nelle giornate suddette in cui ha accompagnato il  
Sig: \_\_\_\_\_ al Centro Dialisi, è tornato a svolgere la propria  
abituale attività e, quindi, è ritornato a riprendere l'assistito al termine del trattamento  
dialitico per riaccomparlo al domicilio.

Il sottoscritto solleva codesta A.S.L. BA da qualsiasi responsabilità derivante dall'uso del  
citato automezzo.

\_\_\_\_\_  
(firma)

Il sottoscritto dà il consenso al trattamento dei dati sensibili nel rispetto delle disposizioni  
previste dalla legge.

\_\_\_\_\_  
(firma)

Data, \_\_\_\_\_

*copia conforme all'originale*  
Je