

Al Distretto Socio Sanitario n. _____

E-mail _____

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE TRASPORTO ASSISTITI IN EMODIALISI

Il /La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

Tel.: _____ C.F.: _____

C H I E D E

il rimborso relativo alle spese di viaggio sostenute, per essere stato sottoposto ad emodialisi, con la propria autovettura _____ targata _____ durante il mese di _____ anno _____

da via _____ al centro dialisi _____

in quanto lo stesso non può viaggiare con i comuni mezzi di trasporto pubblico, come da certificazione sanitaria allegata.

A tal fine dichiara di non aver usufruito gratuitamente di alcun servizio di trasporto nel periodo da _____

_____ a _____

Dichiara altresì di sollevare codesta ASL/BT da qualsiasi responsabilità derivante dall'uso del citato automezzo.

Modalità di pagamento richiesto:

- accredito su c/c bancario

IBAN _____

Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 679/2016 (Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali).

I dati forniti saranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 13-14 del GDPR 679/2016, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Preso atto dell'Informativa di cui sopra, il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data _____

Firma _____