



ALLEGATO A

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI TARANTO

DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER IL TRASPORTO PRESSO I CENTRI DI EMODIALISI

Al Direttore del Distretto Socio sanitario n.

Il/la sottoscritto/a nato/a a

in data residente a

via n. telefono C.F.

CHIEDE

il rimborso delle spese relative ai viaggi sostenuti per sottoporsi alle sedute di emodialisi durante il mese di anno dalla via

n.c. Comune di al Centro Dialisi

..... nei giorni feriali

e nei giorni festivi/notturni

Al tal fine il sottoscritto comunica:

___ di NON avere usufruito gratuitamente di alcun servizio di trasporto nel periodo interessato

___ di avere usufruito gratuitamente dei servizi di trasporto nel periodo da a

e dichiara di avere utilizzato:

___ mezzo di trasporto pubblico

___ autovettura di proprietà targa condotta da

___ autovettura ad uso privato targa di proprietà di
condotta da

___ ambulanza



di avere percorso KM

Il sottoscritto solleva l'ASL di Taranto da qualsiasi responsabilità derivante dall'uso del mezzo di trasporto.

Chiede il rimborso chilometrico a/r per l'accompagnatore: SI ___ NO___

Si allega alla presente istanza:

- Copia del proprio documento di riconoscimento
- Dichiarazione del medico del Centro Dialisi attestante i giorni e l'ora di effettuazione del trattamento emodialitico
- Certificazione sanitaria del Direttore del Dipartimento Nefro-Urologico, o in mancanza il Direttore della S.C. di Nefrologia e Dialisi del P.O.C, o delegato, attestante l'incompatibilità delle condizioni di salute dell'assistito con il trasporto con mezzi pubblici/autovettura propria/autovettura ad uso privato, eventualmente integrata da certificazione rilasciata dagli stessi soggetti attestante la necessità dell'accompagnamento
- Documentazione di spesa in caso di utilizzo di mezzo ad uso privato o ambulanza
- Dichiarazione dell'accompagnatore attestante la necessità di riprendere l'abituale attività giornaliera dopo l'accompagnamento del dializzato.

Il sottoscritto chiede che il rimborso delle spese sostenute avvenga mediante:

___ accredito bancario: IBAN
Banca filiale di

___ assegno circolare N.T. intestato a

___ comunico di avere ceduto il mio credito per il rimborso dovutomi alla ditta/associazione/Società
che ha emesso il documento di spesa che allego alla presente istanza ed autorizzo pertanto l'A.S.L. di Taranto a pagare il relativo importo direttamente all'operatore suindicato e secondo le modalità esplicitate, manlevando senz'altro l'Amministrazione da ogni responsabilità in ordine al pagamento effettuato in caso di contestazioni o controversie che dovessero insorgere tra il sottoscritto ed il trasportatore.

Si autorizza il trattamento dei dati personali nel rispetto delle disposizioni di legge.

Data

Firma