

MODULO DI RICHIESTA PER IL RIMBORSO DELLE SPESE AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE 19 NOVEMBRE 2002, N. 41 "Norme in favore dei soggetti in attesa di trapianto, dei trapiantati"

Il/La sottoscritto/a.....

Nato/a il/.....

Residente in.....CAP..... località

Via/PiazzaN.....

Codice fiscale

Documento di identità n.rilasciato da

In data Telefono

In qualità di:

- diretto interessato
- esercente la patria podestà per conto del minore

Nato/a a..... il

residente acodice fiscale.....

erede di.....nato a.....

Il.....Deceduto in data.....

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità ai sensi della legge regionale N. 41 del 19/11/2002 "Norme in favore dei soggetti in attesa di trapianto, dei trapiantati e dei donatori", consapevole delle sanzioni penali in cui può incorrere nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 26 dicembre 2000:

- la residenza nella Regione, Lazio
- di far parte di un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno/agli anni.....
di €
- di essere titolare di reddito individuale non superiore ai € 55.000,00 riferito all'anno/agli anni
- di essere tipizzato ed inserito nelle liste di attesa a far data dal
- presso il centro Trapianti di
- di essere stato trapiantato in data presso il Centro
- di essersi recato presso il predetto centro con:
 - mezzo privato
 - aereo
 - treno

DICHIARA

Inoltre,

il nominativo dell'accompagnatore Sig./Sig.ra.....

nato/a il

residente a:..... CAP.....

via/piazza.....

codice fiscale,.....,..... Codice regionale ..,.....

Documento di identità n. Rilasciato da

In data.....:.,...

Della cui assistenza ha usufruito nel corso:

- degli accertamenti pre-trapianto
- del periodo di degenza
- degli accertamenti post-trapianto

DICHIARA

Altresì, che il trapianto è stato effettuato da donatore vivente

Signor/a.....

nato/a il

residente a... .. CAP.....

via/piazza

codice fiscale Codice regionale

Documento d'identità n. Rilasciato da

In data

Specificare se:

- consanguineo
- legato da rapporto di coniugio
- da altra parentela con il paziente

CHIEDE

Il rimborso delle spese di viaggio e di soggiorno sostenute per recarsi presso il predetto Centro trapianti in occasione di:

- esami preliminari, tipizzazione tessutale e altri interventi eseguiti presso il Centro
- intervento di trapianto d'organo e di tessuto
- controlli successivi all'intervento ed eventuale espianto

Il rimborso delle spese di viaggio sostenute dall'accompagnatore in occasione degli eventi sopraindicati

- Il rimborso delle spese di soggiorno sostenute dall'accompagnatore in occasione degli eventi sopraindicati
- Il rimborso delle di spese di viaggio sostenute dal donatore
- Il rimborso delle spese di soggiorno sostenute dal donatore

Al fine di cui sopra si allega alla presente richiesta:

1. certificazione rilasciata dal centro Trapianti
.....
2. documentazione attestante le prestazioni effettuate presso il Centro
3. biglietto ferroviario/i
4. biglietto/i aereo
5. scontrini autostradali
6. ricevute/fatture per spese di soggiorno

Tutti i documenti di spesa in originale si riferiscono a spese sostenute a far data dal

Chiedo che il rimborso delle spese venga erogato a mezzo bonifico bancario intestato a

.....
indirizzo

IBAN:.....

SPORTELLO.....

In alternativa, autorizzo l'Azienda A S L ad emettere assegno

circolare non trasferibile a me intestato da recapitare al seguente
indirizzo

.....

Prendo atto, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE, che i dati raccolti direttamente dall'interessato o da chi ne fa le veci mediante la compilazione del presente modulo ed i suoi eventuali allegati saranno trattati dalla ASL di Rieti quale titolare del trattamento esclusivamente per l'istruttoria della domanda e la gestione della procedura di rimborso spese e che i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento citato possono essere esercitati dall'interessato rivolgendosi al titolare anche per il tramite del Responsabile Protezione Dati sempre raggiungibile all'indirizzo dpo@asl.rieti.it

Data.....

Firma

Riservato alla Azienda ASL

Richiesta pervenuta il

Registrata con il n. prot.

n. allegati verificati e accertati come unico elenco

Data.....

firma dell'autorizzato