

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577

CONTRIBUTO SPESE PER TRATTAMENTO DIALITICO DOMICILIARE

(DCA 441/2014)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il
___ / ___ / _____ (prov) _____ (comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato)
residente a _____ Via/Piazza _____ n _____ cap _____
CODICE FISCALE _____ genitore/legale
rappresentante del Sig/ra _____ cognome nome nato/a
il ___ / ___ / _____ a _____ (prov) _____
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato) residente a _____
Via/Piazza _____ n _____ cap _____
CODICE FISCALE _____

CHIEDE

- il rimborso delle spese per l'intero costo dell'installazione del preparatore per l'emodialisi, degli impianti elettrico e idrico nonché delle relative opere murarie così come concordate con il responsabile dell'Unità Operativa di Nefrologia e dialisi che effettua la terapia
- il contributo spese per il trattamento emodialitico domiciliare
- il contributo spese per la dialisi peritoneale manuale
- il contributo spese per la dialisi peritoneale automatizzata

Il sottoscritto è in cura presso il centro clinico

_____ Città _____

dove è stato sottoposto a trattamento dialitico nell'anno _____

Allega:

- Certificato del Centro Dialisi indicante il trattamento e le condizioni cliniche;
- Attestazioni di pagamento per l'impianto (fatture, ricevute ecc.).

Il sottoscritto chiede che i contributi siano versati sul Conto Corrente Bancario n. IBAN

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 _____