

ASL
ROMA 3REGIONE
LAZIO

Allegato 7

**RIMBORSO PER SEDUTE DI EMODIALISI EFFTUATE
FUORI REGIONE/FUORI NAZIONE/TERROTORIO NAVIGANTE**
(DGR 441/2014)Il/la sottoscritto/a _____
cognome _____ nome _____nato/a il ___ / ___ / ___ a _____ (prov) _____
(comune di nascita; se nato/a all'estero specificare lo Stato)

residente a _____ Via/Piazza _____ n _____ cap _____

domiciliato a _____ Via/Piazza _____ n _____ cap _____
(se domicilio diverso dalla residenza)

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 aver effettuato n. _____ prestazioni di dialisi presso:

o il centro dialisi _____

Via _____ CAP _____

Città/Stato estero _____

dove è stato sottoposto a trattamento dialitico nel mese di _____

per un numero complessivo di _____ sedute

o il centro dialisi _____ situato sulla motonave
_____ battente bandiera _____

dove è stato sottoposto a trattamento dialitico nel mese di _____

per un numero complessivo di _____ sedute

Allega:

- ◆ Certificato rilasciato dal Responsabile del Centro Dialisi indicante i giorni di trattamento
- ◆ Fattura rilasciata dal Centro Dialisi per le prestazioni effettuate

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

Banca _____ ag. _____ città _____

intestato a SE MEDESIMO

**SE I CONTRIBUTI DEVONO ESSERE VERSATI A TERZI DEVE ESSERE ALLEGATA
ALLA PRESENTE RICHIESTA APPOSITA DELEGA (vedi Modelli)**

Data ___ / ___ / _____

Firma _____

Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D. Lgs. 196/03)

Preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali acconsento alla raccolta e al trattamento dei miei dati personali nella misura necessaria al raggiungimento di quanto richiesto e comunque nel rispetto del D.Lgs. 196/2003.

Roma, li _____

Firma _____

La richiesta di rimborso spese di viaggio relativa al mese di _____ anno _____

del Sig. _____

è stata consegnata in data ___ / ___ / _____ protocollo n. _____