



Allegato 2

RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO
(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 sostenute per il viaggio dalla residenza/domicilio
via _____ CAP _____

al Centro Dialisi _____ Città _____

Via _____

dove è stato sottoposto a trattamento dialitico nel mese di _____

per un numero complessivo di _____ sedute

DICHIARA

che il viaggio è stato effettuato con il mezzo di trasporto pubblico

che il viaggio è stato effettuato mediante vettura privata

tipo _____ targa _____
di proprietà di _____ x 2 viaggi giornalieri

che il conducente della vettura è stato _____
familiare/convivente/addetto all'assistenza del sottoscritto

che il conducente è tornato all'abitazione per poi tornare a prendermi, effettuando quindi 4 viaggi giornalieri*

*qualora la distanza dal domicilio al centro dialisi sia superiore ai 15 Km previsti, in base al punto 1.1.2. del DCA 441/2014, considerata la possibilità di percorrere il viaggio in tempi brevi, sarà applicata la deroga chilometrica.

che il viaggio è stato effettuato con Taxi

che il viaggio è stato effettuato tramite Cooperativa/Società/Associazione di volontariato

tipo vettura _____ targa _____

che il viaggio è stato effettuato con l'utilizzo della CARROZZINA

tipo vettura _____ targa _____

che il viaggio è stato effettuato tramite AMBULANZA

tipo vettura _____ targa _____

Allega:

- ◆ Certificato rilasciato dal Medico Nefrologo - Responsabile del Centro Dialisi indicante i giorni di trattamento e il numero di sedute dialitiche
- ◆ Fattura/Ricevuta fiscale delle corse effettuate con il TAXI indicanti il giorno e il percorso
- ◆ Fattura rilasciata da Cooperativa/Società/Associazione di volontariato indicante i giorni del trasporto al Centro Dialisi e la tipologia di trasporto
- ◆ Certificato rilasciato dal Medico Nefrologo - Responsabile del Centro Dialisi attestante la gravità e la necessità per il paziente di essere trasportato mediante carrozzina o ambulanza

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. _____