

DICHIARA

o che la distanza dalla propria abitazione al Centro Dialisi è di _____ Km

o che il viaggio è stato effettuato tramite Cooperativa/Società/Associazione di volontariato con mezzo di trasporto attrezzato per l'utilizzo della carrozzina

Allega:

- ♦ Certificato rilasciato dal Responsabile del Centro Dialisi indicante i giorni di trattamento
- ♦ Dichiarazione dei Responsabili dei Centri Dialisi prossimi all'abitazione dell'indisponibilità di posti di dialisi e dell'inserimento del paziente nella lista di attesa
- ♦ Certificato rilasciato dal Responsabile del Centro Dialisi attestante la necessità dell'utilizzo della carrozzina
- ♦ Fattura rilasciata da Cooperativa/Società/Associazione di volontariato indicante i giorni del trasporto al Centro Dialisi

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)

Presa 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. _____

ATTESTAZIONE INDISPONIBILITA' POSTI DIALISI E INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA

Si attesta l'indisponibilità di posti dialisi presso il Centro Dialisi _____	
e l'inserimento dell'assistito in lista di attesa	
NOME _____	COGNOME _____
nato/a _____	il _____
Via _____	n. _____
Codice Fiscale _____	

Data.....

timbro e firma leggibile
Il Medico Nefrologo Responsabile del Centro Dialisi