

Spett.le
DISTRETTO SANITARIO _____
Via _____
_____ (RM)

Oggetto: Richiesta per rimborso spese ai sensi della L. R. 19.11.2002 n° 41 "norme a favore dei soggetti in attesa di trapianto, dei trapiantati e dei donatori".

Il/La sottoscritto/a
nato/a a Il residente in
..... C.A.P. Via/P.zza
Codice fiscale Codice regionale
Documento di identità n° rilasciato da
in data Telefono e mail

..... (indispensabile per comunicazioni da parte dell'azienda e
per eventuali controlli e contestazioni)

In qualità di:

- Diretto interessato
- Esercente la patria potestà per conto del minore nato a
..... Il residente a
Codice fiscale Codice Regionale.....
- 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 a favore dei Soggetti in attesa di trapianto, dei trapiantati e dei donatori*", consapevole della sanzioni penali in cui può incorrere nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 de 26/12/2000:

- la residenza nella regione Lazio
- di far parte di un nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno/agli anni
..... di €
- di essere titolare di reddito individuale non superiore ai € 35.000,00 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 Trapianti

- di essersi recato presso il predetto Centro con:

- mezzo privato
- aereo
- treno

DICHIARA

Inoltre, il nominativo dell'accompagnatore Signor/ra
nato/a a il residente in
..... C.A.P. Via/P.zza
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/ra
..... Nato/a a
il residente a C.A.P.
Via/P.zza Codice fiscale
Codice Regionale Documento di identità n°
rilasciato da in data

Specificare se:

- consanguineo
- coniuge
- 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:
 - 1 esami preliminari, tipizzazione tissutale ed altri interventi eseguiti presso il Centro
 - 2 intervento di trapianto d'organo e di tessuto
 - 3 controlli successivi all'intervento ed eventuale espianto
- Il rimborso delle spese di viaggio sostenute dall'accompagnatore in occasione degli eventi sopra descritti;
- Il rimborso delle spese di soggiorno sostenute dall'accompagnatore in occasione degli eventi sopra descritti;

- il rimborso delle spese di viaggio sostenute dal donatore;
- il rimborso delle spese di soggiorno sostenute dal donatore.

Ai fini di cui sopra allega alla presente richiesta:

1. Certificazione rilasciata dal Centro Trapianti
Copia del modello EI 12 rilasciata dall'Azienda USL in occasione di accertamenti/trapianto
2. Documentazione attestante le prestazioni effettuate presso il Centro
3. Biglietto/i ferroviario/i
4. Biglietto/i aereo
5. Scontrini autostradali
6. Ricevute/fatture per spese di soggiorno

Tutti i documenti in originale si riferiscono a spese sostenute a far data dal
Il sottoscritto chiedo che il rimborso venga erogato:

- Tramite mandato nominativo;
- Tramite accredito su c/c presso _____
Intestato a _____

Coordinatore Interaziendale (CIAN)

Delegato: _____ Codice Fiscale _____

L'Azienda USL Roma 6 Distretto Sanitario fa intima, con riferimento alle disposizioni del D.Lgs 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" che i dati personali contenuti nella presente domanda, saranno oggetto di trattamento manuale o informatico per le finalità correlate alle procedure necessarie per la completa definizione della stessa.
Le operazioni di trattamento dei dati personali verranno eseguite rispettando i principi di riservatezza e di sicurezza richiesti dalla legge sopra citata.
Il fascicolo contenente i dati personali relativi alla domanda sarà custodito presso l'Ufficio distrettuale competente alla liquidazione dei rimborsi.

Il sottoscritto/a _____

è acconsente / non acconsente al trattamento dei dati personali nella forma e nei limiti consentiti dalle norme vigenti, da parte di codesta Azienda USL, ROMA 6 - Distretto Sanitario

Data

Firma _____
Firma leggibile