REGIONE DEL VENETO
ULSS2 MARCA TREVIGIANA

SERVIZI AMMINISTRATIVI TERRITORIALI

DOMANDA PER RIMBORSO SPESE PER SOGGETTI TRAPIANTANDI/TRAPIANTATI D'ORGANO E MIDOLLO OSSEO E DONATORI D'ORGANI DA VIVENTE (D.G.R. n° 631 del 07/03/2006)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il _____

residente a _____ (_____) CAP _____

in via/piazza _____ n. _____

tel. _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____Tessera Sanitaria n._____

- iscritto nelle liste trapianti;
- chiamato per l'effettuazione di un trapianto di organi da parte di strutture sanitarie pubbliche in altre Regioni o all'estero;
- sottoposto a follow-up post trapianto;

CHIEDE

a. il rimborso delle spese di viaggio sostenute dallo stesso e da un suo accompagnatore tramite

- treno, nei limiti della tariffa ferroviaria di 2ª classe;
- utilizzo mezzo proprio secondo le vigenti tariffe A.C.I. (allegare copia del libretto di circolazione);
- aereo nei limiti della tariffa (classe economica);

b. il rimborso delle spese di soggiorno (vitto e alloggio) del paziente e di un suo eventuale accompagnatore nel periodo pre e post operatorio presso la località sede del Centro Trapianti (ovvero altre località indicate dal Centro medesimo nel caso venga richiesto da certificate esigenze cliniche) entro il limite giornaliero di € 150,00.

Allega, a tal fine, la seguente documentazione:

- certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria attestante i giorni in cui il richiedente si è sottoposto a trattamenti medici;
- dichiarazione oppure autocertificazione dei redditi, attestante che il reddito IRPEF del nucleo familiare fiscale non supera 40.000,00 € annui (escluso per i donatori di rene o fegato da viventi);
- autocertificazione da cui risulti il nucleo familiare;
- ricevute fiscali delle spese sostenute;
- attestazione della struttura che è necessario l'accompagnatore.

Chiede inoltre che il rimborso spese, sia eseguito mediante bonifico su c/c bancario o bancoposta esclusi i conti legati al libretto postale per il versamento delle pensioni.
Indicare Codice IBAN del titolare avente diritto:

Firma

Luogo, data _____ _____

Dichiarazione del consenso al trattamento dati ex art. 23 del D.Lgs.196/03
Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della D.Lgs. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del Codice.

Luogo, data_____ Firma_____

RISERVATO ALL'OPERATORE

☐ **TREVISO** ☐ **PIEVE DI SOLIGO** ☐ **ASOLO**

Inviare all'Ufficio Protocollo dell'Azienda ULSS 2 Marca trevigiana
Via Sant'Ambrogio di Fiera, 37 – 31100 Treviso
Orario: lunedì-venerdì 8.30-15.30
Email: protocollo.generale@aulss2.veneto.it PEC: protocollo.aulss2@pecveneto.it