REGIONE DEL VENETO
ULSS2 MARCA TREVIGIANA

SERVIZI AMMINISTRATIVI TERRITORIALI

DOMANDA PER RIMBORSO SPESE DI TRASPORTO PER SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRATTAMENTO DI EMODIALISI

(D.G.R. 3120/94)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il _____

residente a _____ (_____) CAP _____

in via/piazza _____ n. _____

tel. _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

sottoposto/a a trattamento di emodialisi presso _____

CHIEDE

il rimborso delle spese di viaggio sostenute per :

- ☐ trasporto con mezzi pubblici di linea (ferroviaria, automobilistica, marittima): rimborso al costo secondo tariffa;
- ☐ trasporto con mezzo proprio: rimborso delle spese sostenute nel limite del costo di 1/5 di un litro di benzina per il numero di chilometri percorsi;
- ☐ trasporto con servizi pubblici non di linea, ambulanza, taxi o natante (preventivamente autorizzato da parte dell'ULSS di residenza) : rimborso al costo del corrispettivo determinato sulla base della tariffa minima stabilita dalle competenti autorità amministrative.

Chiede inoltre che il rimborso, 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:

Allega, a tal fine, la seguente documentazione:

- certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria attestante i giorni in cui il richiedente si è sottoposto ai trattamenti emodialitici;
- documentazione attestante il costo sostenuto per il trasporto.

Luogo e data_____ Firma _____

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. 196/2003, 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