REGIONE DEL VENETO
ULSS7 PEDEMONTANA

☐ DISTRETTO 1 BASSANO

☐ DISTRETTO 2 ALTOVICENTINO

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

(D.G.R. 3120/94)

***DA CONSEGNARE AL CENTRO DIALISI DI RIFERIMENTO***

Il sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ Cod. Fisc. _____

residente in via _____ n. _____

a _____ Telefono _____

domiciliato a _____ Via _____ n. _____
**Compilare solo se diverso da residenza**

dal _____ al _____

**in trattamento dialitico ambulatoriale** presso il Centro di emodialisi del Presidio Ospedaliero di _____

**CHIEDE**

il rimborso delle spese sostenute per il trasporto dal proprio domicilio/residenza al Centro di emodialisi con:

☐ mezzi pubblici di linea (ferroviaria, automobilistica, marittima) -rimborso al costo secondo tariffa;

☐ mezzo proprio o altro mezzo attivato a cura dell'assistito (cooperative o imprese sociali, associazioni di volontariato, comuni, ditte con tariffa a carico dell'utente, ecc.) - rimborso delle spese sostenute nel limite del costo di 1/5 di un litro di benzina (pubblicato mensilmente dal Ministero dell'ambiente e della sicurezza energetica) per il numero di Km percorsi; in tal caso indicare il n° dei km percorsi (andata e ritorno) da domicilio/residenza a centro di emodialisi: _____

☐ servizi pubblici **non** di linea (es. taxi), 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 postale (NO libretto pensione)

Banca/Istituto/ _____ intestato a _____

***NB:*** *se il conto corrente è intestato a un familiare, indicare Cognome, Nome, data di nascita, cod. fiscale e relazione di parentela:*

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| COGNOME E NOME | DATA DI NASCITA | CODICA FISCALE | RELAZIONE DI PARENTELA |

CODICE IBAN

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Allega** la seguente documentazione:

- **SOLO PER TRATTAMENTI EFFETTUATI FUORI ULSS**: certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria attestante i giorni in cui il richiedente si è sottoposto ai trattamenti emodialitici;
- **SOLO PER TRASPORTI CON MEZZI PUBBLICI, DI LINEA O NON**: documentazione attestante il costo sostenuto per il trasporto.

Data_____ Firma_____

L'Azienda ULSS n. 7 Pedemontana, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Reg. UE 2016/679). Per ulteriori informazioni si rinvia espressamente alla "Informativa agli utenti" pubblicata nel sito aziendale www.aulss7.veneto.it, in quanto applicabile.

**N.B.: in caso di variazione dei dati sopra riportati (indirizzo, nuovo codice iban, ecc), va obbligatoriamente presentata una nuova domanda di rimborso**