



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

ALL' AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA
CURE PRIMARIE DI POTENZA/VENOSA

Il/la sottoscritto/a _____

nat. il _____ a _____

e residente a _____ in via _____

C.F.: _____ tel. _____

(in caso di minore) in qualità di padre/madre di _____

nato il _____ a _____ C.F. _____

trapiantato di/ in attesa di trapianto di _____ in

data _____ presso _____

CHIEDE

che _____ venga concesso il rimborso (barrare la casella interessata):

☐ **Ordinario documentato**

☐ **Forfettario**

delle spese sostenute per vitto e alloggio e le spese di viaggio effettuate con mezzo _____

(compilare solo se avente diritto ai sensi della L.R. 22/2000) accompagnat_ da _____

il giorno _____ presso _____

che la somma da rimborsare venga accreditata sul c/c il cui IBAN è il _____

Inoltre, il/la sottoscritto/a dichiara, sotto la propria responsabilità, che per l'anno _____ ha presentato n. _____
istanze di rimborso per controlli pre-trapianto/controlli post-trapianto.

Allega alla presente:

- **Modello ISEE in corso di validità nell'anno in cui è avvenuto il controllo/trapianto.**
- **Copia della carta di identità e tessera sanitaria;**
- **Copia della documentazione sanitaria relativa al controllo/trapianto di cui si chiede rimborso;**
- **Copia della documentazione attestante le spese di viaggio sostenute nei giorni a cui l'istanza si riferisce;**

N.B. nel caso in cui si presentino scontrini/biglietti, è necessario che gli stessi siano prodotti in copia e non in originale.

Data _____

Firma _____