



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

AL DIRETTORE U.O.C.
ASSISTENZA PRIMARIA POTENZA/VENOSA.

Oggetto: Richiesta rimborso spese di viaggio nefropatici sottoposti a trattamento di emodialisi – Art. 33 L.R. n. 42 del 2009 e delibera ASP n. 315/2010.

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO IL _____ A _____ CON RESIDENZA IN _____

ALLA VIA _____

E DOMICILIARIO IN _____ ALLA VIA _____

(INDICARE IL DOMICILIO SOLO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA).

CHIEDE

Il rimborso delle spese di viaggio dal proprio domicilio, come segue:

- Viaggio con mezzi pubblici;
- Viaggio con mezzo proprio o mezzo ad uso privato, con esonero per la stessa Azienda Sanitaria da ogni responsabilità derivante dall'uso del mezzo stesso, previa autorizzazione (All. A) da richiedere all'ASP;
- Viaggio con autoambulanza privata o con mezzo privato idoneo al trasporto, con esonero per la stessa Azienda Sanitaria da ogni responsabilità derivante dall'uso del mezzo stesso, previa dichiarazione effettuata dal Centro Dialitico di non autosufficienza;

Si allega:

- Certificato medico rilasciato dal Centro dialitico attestante il trattamento di emodialisi;
- Copia del documento di identità e codice fiscale;
- Copia del codice IBAN intestato all'utente.
- Dichiarazione effettuata dal Centro Dialitico di non autosufficienza (da allegare nel caso di viaggio con autoambulanza privata o con mezzo privato idoneo al trasporto);
- Autorizzazione all'utilizzo del mezzo proprio o del mezzo ad uso privato. (All.A).

DATA, _____

FIRMA.

AII. A



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

AL DIRETTORE U.O.C.
ASSISTENZA PRIMARIA POTENZA/VENOSA.

Oggetto: Autorizzazione all'utilizzo del mezzo proprio o del mezzo ad uso privato per il trasporto dei soggetti nefropatici sottoposti a trattamento di emodialisi – Art. 33 L.R. n. 42 del 2009 e delibera ASP n. 315/2010.

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO IL _____ A _____ CON RESIDENZA IN _____

ALLA VIA _____

CHIEDE

come da normativa indicata in oggetto di essere autorizzato all'utilizzo:

- Viaggio con mezzo proprio, con esonero per la stessa Azienda Sanitaria da ogni responsabilità derivante dall'uso del mezzo stesso
- Viaggio con mezzo ad uso privato, con esonero per la stessa Azienda Sanitaria da ogni responsabilità derivante dall'uso del mezzo stesso

DATA, _____

FIRMA.