



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

AI DIRETTORE U.O.C.
ASSISTENZA PRIMARIA – PZ –

Oggetto: richiesta rimborso spese di viaggio per nefropatici sottoposti a trattamento di emodialisi.
Art. 33 legge regionale n. 42/2009 e delibera ASP n. 315/2010.

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO IL _____ A _____ E CON DOMICILIO

ABITUALE IN _____ ALLA VIA _____,

SOTTOPOSTO A TRATTAMENTO DI EMODIALISI PRESSO IL CENTRO DIALISI DI _____

CHIEDE

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

- ☐ Viaggio con mezzi pubblici;
- ☐ Viaggio con mezzo proprio, con esonero per la stessa Azienda Sanitaria da ogni responsabilità derivante dall'uso del mezzo stesso;
- ☐ Viaggio con mezzi privati, con esonero per la stessa Azienda Sanitaria da ogni responsabilità derivante dall'uso del mezzo stesso.

Si allega:

- Certificato medico rilasciato dal Centro dialitico attestante la necessità, per le condizioni di salute dell'assistito, dell'utilizzo del mezzo proprio;
- Documento d'identità e Codice Fiscale;
- Fotocopia del libretto di circolazione dell'autovettura utilizzata per il trasporto;
- Fotocopia del documento d'identità e fotocopia della patente di guida dell'eventuale conducente;
- Dichiarazione attestante l'impossibilità di viaggiare con mezzo pubblico, rilasciata dallo specialista del Centro dialisi.

DATA, _____

FIRMA