Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Pavia	MODULO RICHIESTA RIMBORSO SPESE DI TRASPORTO PER TRATTAMENTI DIALITICI EFFETTUATI FUORI DAL TERRITORIO DI COMPETENZA DELL'ASST DI PAVIA	ED. 0 REV. 0 Dicembre 2019

RICHIESTA RIMBORSO SPESE DI TRASPORTO PER TRATTAMENTI DIALITICI EFFETTUATI FUORI DAL TERRITORIO DI COMPETENZA DELL'ASST DI PAVIA

Il sottoscritto _____

Nato a_____il _____

Codice Fiscale_____

Residente a _____

Via _____

Domicilio (solo se diverso dalla residenza) _____

_____

Telefono/cellulare_____

CHIEDE

l'erogazione del rimborso previsto dalla normativa vigente in materia per recarsi con il mezzo proprio o con mezzi pubblici di trasporto presso il Centro Dialisi /CAL di _____

come da autorizzazione di ATS Pavia del _____

per il seguente periodo _____.

Le spettanze dovute dall'ASST di Pavia a tale titolo possono essere accreditate:

- ☐ su conto corrente bancario o postale (no libretto pensionistico)
- ☐ su carta prepagata (con codice iban)

acceso presso _____

intestato a _____

PAESE (2 lett.)	CHECK (2 cifre)	CIN (1 lett.)	ABI (5 cifre)	CAB (5 cifre)	N. CONTO (12 caratteri)

Autorizzo il trattamento dei dati miei dati personali ai sensi del GDPR e del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196.

LUOGO E DATA FIRMA DEL RICHIEDENTE

_____ _____

Allegati:
- Copia carta di identità in corso di validità e tessera sanitaria della Regione Lombardia del richiedente;
- Certificazione attestante n. di sedute dialitiche effettuate