

Regione Puglia
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI
DISTRETTO SOCIO SANITARIO n.

RICHIESTA RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER TRASPORTO PRESSO I CENTRI DI EMODIALISI.

Al Direttore del Distretto Socio Sanitario n. _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente a _____ via _____
n. _____ Tel. _____ C.F. _____

CHIEDE

il rimborso relativo alle spese di viaggio sostenute per sottoporsi ad emodialisi durante
il mese di _____ anno _____ d'ora in poi
_____ n. _____ comune di
_____ al centro dialisi
_____ nei giorni feriali
_____ e festivi/ notturni _____.

A tal fine dichiara di non aver usufruito gratuitamente di alcun servizio di trasporto nel
periodo da _____ a _____ per il quale si
richiede il rimborso, e dichiara, inoltre, di aver utilizzato:

- mezzo di trasporto pubblico
- autovettura propria targata _____ condotta da _____
- autovettura ad uso privato targata _____ di proprietà di
_____ condotta da _____
- autoambulanza

e di aver percorso n. Km. _____.

Sollewa codesta ASL BA da qualsiasi responsabilità derivante dall'uso del sopracitato mezzo
di trasporto.

Chiede il rimborso chilometrico di andata e ritorno per l'accompagnatore SI NO

Allega alla presente istanza:

- copia del proprio documento di riconoscimento;
- certificazione sanitaria rilasciata dal Dirigente Medico della Divisione di Nefrologia e Dialisi attestante i giorni e l'ora in cui è stato effettuato il trattamento emodialitico;

- certificazione sanitaria rilasciata dal Dirigente Medico della Divisione di Nefrologia e Dialisi attestante l'impossibilità ad utilizzare mezzi pubblici di trasporto (in caso di uso di autovettura propria, ad uso privato o autoambulanza) eventualmente integrata da certificazione sanitaria attestante la necessità dell'accompagnamento;
- documentazione di spesa (fattura, ricevuta, ecc) nel caso di utilizzazione di autovettura ad uso privato o autoambulanza;
- dichiarazione dell'accompagnatore relativa alla sua necessità di riprendere l'abituale attività giornaliera dopo l'accompagnamento del dializzato.

chiede pagamento con:

- Accredito suc/c Bancario IBAN _____ Banca _____
- Assegno circolare N.T. intestato a: _____

Autorizzo codesta ASL BA a liquidare e pagare l'importo relativo al rimborso direttamente in favore della ditta/associazione/società _____ emittente il documento di spesa allegato, per l'importo e secondo le modalità nello stesso indicate, e manleva, inoltre, codesta ASL BA da ogni responsabilità in ordine al pagamento effettuato in caso di contestazioni o controversie che dovessero sorgere tra il sottoscritto e il trasportatore.

Firma _____

Data, _____

N.B. non si effettuano accreditamenti su libretti postali

Allegato B

DICHIARAZIONE DELL'ACCOMPAGNATORE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il _____ residente
a _____ via _____ n. _____ tel. _____

DICHIARA AI SENSI DEL DPR 445/2000

che durante il mese di _____ anno _____ ha
accompagnato nei giorni _____ al centro dialisi
di _____ il Sig. _____ con la
propria autovettura _____ targata _____
percorrendo il tragitto da Via _____ n. _____ del
comune di _____ a _____ per n. corse giornaliere.

Dichiara, altresì, che nelle giornate suddette in cui ha accompagnato il
Sig: _____ al Centro Dialisi, è tornato a svolgere la propria
abituale attività e, quindi, è ritornato a riprendere l'assistito al termine del trattamento
dialitico per riaccompagnarlo al domicilio.

Il sottoscritto solleva codesta A.S.L. BA da qualsiasi responsabilità derivante dall'uso del
citato automezzo.

(firma)

Il sottoscritto dà il consenso al trattamento dei dati sensibili nel rispetto delle disposizioni
previste dalla legge.

(firma)

Data, _____