

Al Distretto Socio Sanitario n. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**RICHIESTA PER IL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE n.25/96 – 12/05 e ss.mm.ii.**

Il/La sottoscritto/a .....

nato/a il .....a....., residente in.....

prov..... CAP .....Via/P.zza .....

Codice Fiscale.....Telefono/ CELL. ....

**In qualità di**

- Diretto interessato  
 Esercente la patria potestà per conto del minore .....

Nato/a a ..... il ..... residente a.....

Codice fiscale .....

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità ai sensi della legge regionale 25/96 – 12/2005 e ss.mm.ii., consapevole delle sanzioni penali in cui può incorrere nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000:

la residenza nella regione Puglia .....

Di essere titolare di reddito individuale non superiore ad € 80.000,00 riferito all'anno/agli anni .....

Di essersi recato presso il predetto centro con:

- Mezzo proprio  
 Aereo  
 Treno

### CHIEDE

Il rimborso delle spese di viaggio -i soggiorno - vitto sostenute per recarsi presso il predetto centro Trapianti.

Ai fini di cui sopra, allega alla presente richiesta

1. Certificazione rilasciata dal Centro Trapianti .....
2. Certificazione rilasciata dal Centro di riferimento Malattie Rare

Tutti i documenti di spesa in originale si riferiscono a spese sostenute a far data dal .....

Il pagamento può essere effettuato:

- **a mezzo bonifico bancario:**

IBAN:.....;

**Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 679/2016 (Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali).**

I dati forniti saranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 13-14 del GDPR 679/2016, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Preso atto dell'Informativa di cui sopra, il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

In caso di decesso dell'assistito è obbligatorio ai fini del rimborso, allegare alla domanda Dichiarazione sostitutiva atto notorietà art.47/D.P.R.445 del 28/12/2000 o dichiarazione di successione, dalla quale si evincono i nominativi degli eredi o degli aventi diritto al rimborso.