DOMANDA RIMBORSO PER TRASPORTO CON MEZZO PROPRIO DA ALLOGGIO A CENTRO DIALISI

Al Distretto Socio Sanitario n. _____
A.S.L. 3

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ CAP_____ in Via _____

Codice Fiscale _____ Tel. _____

CHIEDE

Il rimborso per trasporto con mezzo proprio dal proprio domicilio al Centro Dialisi di _____

_____

Dichiara a tal fine, sotto la propria responsabilità di percorrere Km _____

per ogni seduta (andata e ritorno).

A tal fine allega:

1. dichiarazione del Centro Emodialisi attestante il numero di sedute mensili effettuate e l'impossibilità ad usare i mezzi pubblici.

Accredito sul conto corrente IBAN:

Intestato a: _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.lgs 196 del 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e s.m.i.; al fine di permettere l'espletamento degli adempimenti informativi, amministrativi e contabili connessi al rapporto contrattuale.

Data _____

Firma _____