

**REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE RM 5
DISTRETTO SANITARIO DI
COLLEFERRO (RM)**

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE
PER PAZIENTI IN TRATTAMENTO
DIALITICO D.C.A. - 441**

"Disposizioni normative in materia di
nefropatie e dialisi, di contributi per
spese di trasporto e prestazioni
dialitiche e contestuale revoca della
DGR n. 1614/2001"

RIMBORSO DELLE SPESE DI VIAGGIO

Il sottoscritto.....
nato a iiresidente in.....
.....CAP..... Via.....
Codice Fiscale Telefono.....

..
Genitore / legale rappresentante del/la Sig./Sig.ra

Nato/a a..... ilresidente in.....
..... CAP..... Via.....
..... Codice Fiscale

Chiede

Il rimborso delle spese sostenute per il viaggio dal domicilio (*specificare se diverso dal/a
residenza*) in Via..... Città.....
..... CAP al centro clinico.....
..... Città.....
Via.....CAP.....

Dove è stato sottoposto a trattamento dialitico nel mese di.....per un
numero complessivo di sedute

Il/La sottoscritto/a dichiara:

- Che il viaggio è stato effettuato con il comune mezzo di trasporto pubblico(taxi).
- Che il viaggio è stato effettuato mediante vettura privata di proprietà
di..... targa tipo
per Km..... X 2 viaggi giornalieri.
- Che la distanza dalla propria abitazione al centro di cura è inferiore a 15 Km e
che il conducente è tornato all'abitazione per poi tornare a prendermi, effettuando quindi
Km.....per 4 viaggi giornalieri, (fino ad un totale di 60 Km).

- Che il conducente della vettura è stato..... si allega **dichiarazione del conducente**
- (familiare)-
- (convivente)-
- Personale addetto alla struttura sia dipendente del dichiarante che da struttura di accoglienza autorizzata (casa alloggio, RSA, ecc.).
- Considerato che la distanza dal domicilio al centro di dialisi è di Km..... quindi leggermente superiore ai 15 Km previsti, in base al punto 1.1.2. considerata la possibilità di percorrere il viaggio in tempi brevi, richiede una proroga chilometrica.
- Che il viaggio è stato effettuato mediante Cooperativa, Società, Associazione di volontariato, ecc.
- Che il viaggio è stato effettuato tramite autolettiga.
- Che il viaggio è stato effettuato tramite carrozzina.
- Che il viaggio è stato individuale come da punto 1.1.4. c, giustificato come da certificati allegati.

Si allega:

- Certificato del Responsabile del Centro Dialisi indicante i giorni di trattamento e le condizioni cliniche;
- ulteriore certificato del Responsabile del Centro Dialisi attestante la necessità del trasporto con ambulanza o carrozzina.
- relative attestazioni di pagamento (fattura)

Il sottoscritto chiede che i contributi devono essere:

- Inviati al domicilio tramite Assegno circolare non trasferibile.
- Ritirati tramite sportello Unicredit da:
nome e cognome del delegato.....
Codice Fiscale del delegato.....
da me delegato alla riscossione.
- Versati sul Canto Corrente Bancario/Postale
N°, ABI CAB.....
- **Cod.Iban**.....
- Intestato a**
- Codice Fiscale.....
dame delegate alla riscossione.

Il sottoscritto ai sensi della *Legge 196/2003*, autorizza (indicare società)....., al trattamento dei dati personali nelle forme e nei limiti consentiti dalle norme vigenti.

Firma

.....

Data

RISERVATO ALLA ASL

Vista la regolarità delle dichiarazioni e della documentazione allegata, vista il costo della benzina, dispone la liquidazione a titolo di concorso spese, come da prospetto sottostante:

1. Km complessivi (A+R)X numero terapie..... per tariffa Km.
(A+R)
2. x cifra fissa per terapia € 18.00 + 15% festivo = €
3. Km complessivi (A+R)x numero terapieper tariffa Km.
(A+R)
4. x cifra fissa per terapia € 25.00 + 15% festivo..... = €
5. Costo autolettiga, cifra fissa per terapia € 130.00 x n. terapie = €

IL LIQUIDATORE

Data.....

Da tagliare e restituire al mittente: Protocollo:

La richiesta del/la Sig./Sig.ra relativa al mese di è
stata depositata presso questo ufficio..... in
data con il numero di protocollo

IL FUNZIONARIO

Data.....