

**RICHIESTA PER IL RIMBORSO DELLE SPESE AI SENSI
DELLA LEGGE REGIONALE 19 NOVEMBRE 2002 N° 41**
"Norme a favore dei soggetti in attesa di trapianto, dei trapiantati e dei donatori"

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ CAP _____

Località _____ via/P.zza _____ n° _____

Cod. fiscale _____ Documento di identità n° _____

Rilasciato da _____ in data _____ tel. _____

In qualità di:

☐ Diretto interessato

☐ Esercente la patria potestà per conto del minore _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ via/P.zza _____ n° _____

Cod. fiscale _____

☐ Erede di _____ nato/a a _____

il _____ deceduto in data _____

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità ai sensi della legge regionale n° 41 del 19/11/2002 "*Norme a favore dei soggetti in attesa di trapianto, dei trapiantati e dei donatori*", 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 26/12/2000:

☐ La residenza nella Regione Lazio _____

☐ Di essere titolare di reddito individuale non superiore a €55.000, riferito all'anno/agli anni

☐ Di essere tipizzato ed inserito nelle liste di attesa a far data dal _____

presso il Centro Trapianti di _____

☐ Di essere stato trapiantato in data _____ presso il Centro

☐ Di essersi recato presso il predetto Centro con

☐ Mezzo privato

☐ Aereo

☐ Treno

DICHIARA

Inoltre,

il nominativo dell'accompagnatore Sig/ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ CAP _____

Località _____ via/P.zza _____ n° _____

Cod. fiscale _____ Documento di identità n° _____

Rilasciato da _____ in data _____ tel. _____

☐ Consanguineo

☐ Legato da rapporto di coniugio

☐ Altra parentela _____

CHIEDE

☐ Il rimborso delle spese di viaggio e di soggiorno sostenute per recarsi presso il predetto Centro Trapianti in occasione:

☐ Esami preliminari, tipizzazione ed altri interventi eseguiti presso il Centro

☐ Intervento di trapianto d'organo e di tessuto

☐ Controlli successivi all'intervento ed eventuale espianto

- ☐ Il rimborso delle spese di viaggio sostenute dall'**accompagnatore** in occasione degli eventi sopra descritti.
- ☐ Il rimborso delle spese di soggiorno sostenute dall'**accompagnatore** in occasione degli eventi sopra descritti
- ☐ Il rimborso delle spese di viaggio sostenute dal **donatore**
- ☐ Il rimborso delle spese di soggiorno sostenute dal **donatore**
- ☐ Ai fini di cui sopra, allega alla presente richiesta

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

CODICE IBAN[illegible]

Data

Parte riservata alla AUSL

Alla AUSL di Viterbo
U.O.C. PROGRAMMAZIONE E GESTIONE OFFERTA ACCREDITATI

Via E. Fermi 15
01100 Viterbo

Il sottoscritto _____ Nato a _____

il _____ residente a _____ , chiede il rimborso

delle spese di viaggio e soggiorno come avente diritto Legge 41/92.

Distinti Saluti

Viterbo _____

Firma _____



U.O.C. PROGRAMMAZIONE E GESTIONE OFFERTA ACCREDITATI

Via Enrico Fermi, 15
01100 VITERBO
Tel. 0761 237329 – Fax 0761 237893
Orario al pubblico:
Lunedì-Mercoledì-Venerdì dalle 9,30 alle 12,30
Martedì – Giovedì dalle 15,30 alle 17,00

Il SottoscrittoC.F.

CHIEDE

Che le proprie competenze vengano liquidate nel modo che segue:

A) COORDINATE BANCARIE;

Accredito in Conto Corrente Bancario.....

Accredito in Conto Corrente Postale.....

CODICE IBAN

Riempire tutte le caselle allineando a destra

[illegible]

Data.....

FIRMA.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'
(D.P.R. 445/2000)

IL/La sottoscritt _____ nat a _____ il _____
residente a _____ Via _____ CAP _____
consapevole delle sanzioni penali e della conseguente decadenza dai benefici richiesti (art.75 e 76
D.P.R. n. 445/2000)

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità

Viterbo, li _____

informativa ai sensi dell'art. 10 della L. 675/1996: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del
procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

Quando la dichiarazione è presentata contestualmente all'istanza e sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto
ricevere la documentazione, non è soggetta all'autenticazione della firma.

U.O.C. PROGRAMMAZIONE E GESTIONE OFFERTA ACCREDITATI

RIMBORSO AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE 41/02

- Domanda completa in ogni parte con reddito specificato, data della tipizzazione ed inserimento nelle liste d'attesa e relativa struttura sanitaria, data trapianto e relativa struttura sanitaria, data e firma e modalità di liquidazione;
 - Fotocopie documenti di identità utente ed eventuale accompagnatore;
 - Relazione clinica attestante patologia, tipo di trapianto, data dell'intervento;
 - Attestati di accesso alla struttura o alle strutture sanitarie per controlli successivi datati e firmati, se è presente un accompagnatore l'attestato deve riportare la sua presenza;
 - Per le spese di viaggio è necessario presentare l'originale dei titoli di viaggio (es. biglietto ferroviario), per gli spostamenti con mezzo proprio basta barrare l'apposita casella sulla domanda ed il rimborso avverrà secondo parametri di legge (non occorre esibire ricevute per carburante), i pedaggi autostradali vengono rimborsati solo se presentati in originale;
 - Per le spese di soggiorno vanno presentate ricevute e fatture in originale, in caso di spese documentate da scontrini queste andranno autocertificazione su apposito modello sotto la propria responsabilità;
 - Non sono ammesse al rimborso spese non attribuibili a vitto o alloggio (spese di parcheggio, ricariche di cellulari, spese di farmacia, ecc....).
- (*) La Legge si applica in modo retroattivo fino al 1998 ed il rimborso parte dalla data di tipizzazione ed inserimento in lista d'attesa che va documentato da certificazione del centro