

Alla

**Direzione Sanitaria P.O. Foligno
c.a. Ufficio Pratiche L.R. n. 31/1999
Tel. 0742/3397409**

S e d e

Oggetto: Provvidenze a favore dei soggetti sottoposti **a trapianto d'organi L.R. n. 31/99** – Rimborso delle spese di viaggio e/o soggiorno sostenute **dall'assistito** (ed eventuale accompagnatore) per:

☐ Esami preliminari ☐ Trapianto ☐ Controlli successivi e derivati da complicanze

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____ residente in _____
Via _____ tel. _____
Cod. Fisc. _____ cod. sanitario _____
sottoposto/a a trapianto di _____ in data _____
presso la Struttura Sanitaria _____

C H I E D E

- ☐ Il rimborso delle spese di viaggio sostenute nel periodo: dal _____ al _____
per recarsi a _____.
- ☐ Il rimborso delle spese di soggiorno relative al periodo: dal _____ al _____.

D I C H I A R A

- di essersi recato/a dalla propria residenza/domicilio sita/o in _____
al Centro di _____ servendosi:

- ☐ Mezzo pubblico (**si allegano i biglietti di viaggio**)
☐ Mezzo proprio
☐ Mezzo di familiari
☐ Mezzo di terzi

n. _____ viaggi (a/r) con automobile del tipo _____
targata _____ guidata da _____

- di aver soggiornato a _____ sostenendo spese di soggiorno
complessivamente ammontanti a €. _____ **di cui si allega distinta.**

Allo scopo si allega la seguente documentazione:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Modalità di pagamento prescelta:

☐ Accredito presso la Banca _____
filiale di _____

Codice IBAN _____

☐ Accredito presso Ufficio Postale di _____

Via _____

Codice IBAN _____

Dichiaro di essere a conoscenza delle sanzioni di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni e della conseguenza che l'accertamento di dichiarazioni mendaci comporterà la decadenza dai benefici conseguiti in relazione alla presente istanza.

Dichiaro altresì di avere ottenuto l'informativa ed autorizzo il trattamento dei dati personali nei limiti del D.Lgs. 196/03.

(Data)

(Firma del dichiarante)