

**REGIONE LAZIO**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE .....**  
**DISTRETTO .....**  
**CITTA'.....**

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE  
PER PAZIENTI IN TRATTAMENTO  
DIALITICO D.G.R. 1614/2001  
"Disposizioni normative per i soggetti  
affetti da nefropatie in trattamento  
dialitico".

**RIMBORSO DELLE SPESE DI VIAGGIO**

Il sottoscritto .....

Nato a ..... il ..... residente in  
.....CAP..... via .....

Codice Fiscale .....

Genitore / legale rappresentante del Sig. ....

nato a ..... il ..... residente  
in ..... CAP..... via  
..... Codice Fiscale .....

**Chiede**

Il rimborso delle spese sostenute per il viaggio dal domicilio (*specificare se diverso dalla  
residenza*) di via ..... città  
..... CAP ..... al centro clinico  
..... città ..... Via  
..... dove è stato sottoposto a trattamento  
dialitico nel mese di ..... per un numero complessivo di sedute .....

Il sottoscritto dichiara:

- Che il viaggio è stato effettuato con il comune mezzo di trasporto pubblico.
- Che il viaggio è stato effettuato mediante vettura privata di proprietà di  
..... targa ..... tipo ..... Per  
Km ..... X 2 viaggi giornalieri.
- Che il conducente delle vettura è stato ..... familiare  
del sottoscritto, che la distanza dalla propria abitazione al centro di cura è di circa 10 Km e  
che il conducente è tornato all'abitazione per poi tornare a prendermi, effettuando quindi Km

..... X 4 viaggi giornalieri, considerato che la distanza dal domicilio al centro dialisi è superiore ai 10 chilometri previsti, in base al punto 1.1.2. considerata la possibilità di percorrere il viaggio in tempi brevi, richiede una deroga chilometrica.

- Che il viaggio è stato effettuato con Taxi, Cooperativa, Società, Associazione di volontariato.
- Che il viaggio è stato effettuato tramite autolettiga.

Si allega:

- Certificato del centro dialisi indicante i giorni di trattamento e le condizioni cliniche;
- Relative attestazioni di pagamento (fatture, ricevute ecc.).

Il sottoscritto attestanti, con la documentazione allegata, le particolari condizioni economiche chiede che i costi dimostrati per i mesi successivi vengano anticipati.

Il sottoscritto chiede che i contributi devono essere:

- inviati al domicilio tramite Assegno non trasferibile.

- versati sul Conto Corrente Bancario n. .... ABI ..... CAB .....

Banca ..... ag. .... città .....

intestato a ..... da me delegato alla riscossione.

Data .....

Firma

.....

RISERVATO ALLA A.S.L.

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

1. Km complessivi ..... X numero viaggi ..... per tariffa Km

..... X cifra fissa per viaggio € 10,34 = € .....

2. Costo autolettiga come da ricevuta di pagamento €.....

Data .....

IL LIQUIDATORE

.....



-----

**da tagliare e restituire al mittente: Protocollo:**

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

IL FUNZIONARIO

.....

**REGIONE LAZIO**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE .....**  
**DISTRETTO .....**  
**CITTA' .....**

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE  
PER PAZIENTI IN TRATTAMENTO  
DIALITICO D.G.R. 1614/2001**  
"Disposizioni normative per i soggetti  
affetti da nefropatie in trattamento  
dialitico".

**RICHIESTA DI VIAGGIO ORGANIZZATO DALLA ASL**

Il sottoscritto .....

Nato a ..... il ..... residente in  
.....CAP..... via .....

Codice Fiscale .....

Genitore / legale rappresentante del Sig. ....

nato a ..... il ..... residente  
in ..... CAP..... via  
..... Codice Fiscale .....

Chiede

In considerazione delle condizioni fisiche e familiari che venga inserito nel programma di trasporto collettivo / individuale <sup>(1)</sup> (*cancellare la voce che non interessa*) per recarsi ad effettuare la terapia dialitica con viaggio previsto dal proprio domicilio abituale al centro clinico

..... città ..... Via  
.....

(1) *si allega certificazione medica attestante la necessità di viaggio in autolettiga.*

Data .....

Firma

.....

RISERVATO ALLA A.S.L.

Vista la regolarità delle dichiarazioni e della documentazione allegata, si dispone che il Sig.  
..... usufruisca del viaggio con il mezzo  
.....

Data .....

IL FUNZIONARIO

.....



-----

**da tagliare e restituire al mittente: Protocollo:**

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

IL FUNZIONARIO

.....

**REGIONE LAZIO**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE .....**  
**DISTRETTO .....**  
**CITTA' .....**

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE  
PER PAZIENTI IN TRATTAMENTO  
DIALITICO D.G.R. 1614/2001**  
"Disposizioni normative per i soggetti  
affetti da nefropatie in trattamento  
dialitico".

**RIMBORSO PER IL TRATTAMENTO DIALITICO DOMICILIARE**

Il sottoscritto .....

Nato a ..... il ..... residente in  
..... CAP..... via .....

Codice Fiscale .....

Genitore / legale rappresentante del Sig. ....  
nato a ..... il ..... residente  
in ..... CAP..... via  
..... Codice Fiscale .....

**Chiede**

- il rimborso delle spese per l'intero costo per l'installazione del preparatore per l'emodialisi, gli impianti elettrico e idrico nonché le relative opere murarie così come concordate con il responsabile dell'Unità Operativa di Nefrologia e dialisi che effettua la terapia;
- Per il trattamento emodialitico domiciliare un contributo spese di € 774,68 annuo, rivalutabile in base al tasso di inflazione programmato.
- Per la dialisi peritoneale domiciliare un contributo spese di € 387,34 annuo rivalutabile in base al tasso di inflazione programmato.
- Per la dialisi peritoneale continua automatizzata un contributo spese di € 516,45 annuo rivalutabile in base al tasso di inflazione programmato.

Il sottoscritto è in cura presso il centro clinico ..... città  
..... Via ..... dove è  
stato sottoposto a trattamento dialitico per l'anno .....

Si allega:

- Certificato del centro dialisi indicante il trattamento e le condizioni cliniche
- Relative attestazioni di pagamento per l'impianto (fatture, ricevute ecc.).

Il sottoscritto attestanti, con la documentazione allegata, le particolari condizioni economiche chiede che i costi dimostrati per gli anni successivi vengano anticipati.

Il sottoscritto chiede che i contributi devono essere:

- inviati al domicilio tramite Assegno non trasferibile.

- versati sul Conto Corrente Bancario n. .... ABI ..... CAB .....

Banca ..... ag. .... città .....

intestato a ..... da me delegato alla riscossione.

Data .....

Firma

.....

RISERVATO ALLA A.S.L.

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

1. tecnica dialitica domiciliare utilizzata ..... € .....
2. Costo impianto come da ricevute di pagamento €.....

Data .....

IL LIQUIDATORE

.....



-----

**da tagliare e restituire al mittente: Protocollo:**

La richiesta del Sig. .... relativa all'anno ..... è stata depositata presso questo ufficio ..... in data ..... con il numero di protocollo .....

IL FUNZIONARIO

.....

**REGIONE LAZIO**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE .....**  
**DISTRETTO .....**  
**CITTA' .....**

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE  
PER PAZIENTI IN TRATTAMENTO  
DIALITICO D.G.R. 1614/2001  
"Disposizioni normative per i soggetti  
affetti da nefropatie in trattamento  
dialitico".

**RIMBORSO PER SEDUTE DI EMODIALISI EFFETTUATE FUORI REGIONE**

Il sottoscritto .....

Nato a ..... il ..... residente in  
..... CAP..... via .....

Codice Fiscale .....

Genitore / legale rappresentante del Sig. ....

nato a ..... il ..... residente  
in ..... CAP..... via  
..... Codice Fiscale .....

**Chiede**

Il rimborso delle spese pari al costo della stessa seduta di dialisi effettuata nella Regione Lazio per aver effettuato n. .... prestazioni di dialisi (*specificare il tipo di dialisi*)  
..... presso:

- il centro clinico ..... città  
.....CAP ..... Via ..... regione o stato  
estero .....
- il centro clinico ..... Situato sulla  
motonave .....battente bandiera .....

Si allega:

- Certificato del centro dialisi indicante i giorni di trattamento
- Relative attestazioni di pagamento delle prestazioni di dialisi (fatture, ricevute ecc.).

Il sottoscritto chiede che i contributi devono essere:

- inviati al domicilio tramite assegno non trasferibile.

- versati sul Conto Corrente Bancario n. .... ABI ..... CAB .....  
Banca ..... ag. .... città .....  
intestato a ..... da me delegato alla riscossione.

Data .....

Firma

.....

RISERVATO ALLA A.S.L.

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

1. tipo di dialisi effettuata ..... costo nell'ambito regionale €  
..... numero prestazioni ..... = € .....

Data .....

IL LIQUIDATORE

.....

✂ -----

**da tagliare e restituire al mittente: Protocollo:**

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

IL FUNZIONARIO

.....