

ASL Roma B
U.O.S. Attività Amministrativa 1° e 2° Distretto
Largo D. De Dominicis, 7
00159 Roma

Telefono del responsabile del procedimento 0641435796.

RICHIESTA DI VIAGGIO ORGANIZZATO DALLA ASL

Il sottoscritto
nato a il residente in
.....CAP..... via
recapiti telefonici
in trattamento dialitico presso il centro di
nei giorni
dalle ore alle ore

Chiede

In considerazione delle condizioni fisiche, che venga inserito nel programma di trasporto
collettivo per recarsi ad effettuare la terapia dialitica con viaggio previsto dal proprio
domicilio abituale sito in
al centro clinico

si allega la relazione medica attestante la necessità del trasporto.

Data Roma

Firma

.....