

ASL ROMA C

V.le C.T. Odescalchi n° 67 - 00147 Roma

OGGETTO:domanda di ammissione al trasporto gratuito riservato ai dializzati

Il sottoscritt _____ nat a _____
il _____ residente in Roma via/p.zza _____
tel _____ sofferente di nefropatia cronica e per tale motivo sottoposto ad emodialisi presso
il Centro Dialisi _____ via _____
nei giorni _____ con orario _____ trovandosi
nelle condizioni previste dalla direttiva emanata dalla Regione Lazio - Assessorato Igiene e Sanità in
data 13 aprile 1995 e successive disposizioni

CHIEDE

di essere ammesso ad usufruire del trasporto gratuito, istituito da codesta AZIENDA USL ROMA "C".

Si riportano di seguito le condizioni patologiche e/o di altra natura che giustificano tale richiesta:
(barrare la casella accanto all'ipotesi che interessa)

- a) invalido _____ % (invalidità riconosciuta) si no
- b) invalido 100% con/senza assegno di accompagnamento si no
- c) pratica per riconoscimento invalidità e assegno di accompagnamento in corso si no
- d) riconoscimento dei benefici L. 104/92 si no
- e) patologie ulteriori certificate si no _____
- f) possibilità di essere accompagnato da un familiare si no
per: mancanza di familiari lavoro età studio
- g) In caso di richiesta di trasporto in carrozzina o in ambulanza allegare la **ulteriore** certificazione:
 certificazione del Centro Dialisi attestante la necessità di accedere al posto dialisi in carrozzina
e/o ambulanza con indicazione del periodo temporale
 richiesta dell'utente per il trasporto in carrozzina e/o ambulanza

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- 1- certificato di invalidità con percentuale _____
- 2- certificato di invalidità con assegno di accompagnamento
- 3- certificato medico relativo alle ulteriori patologie
- 4- attestazione della Clinica presso cui viene praticata la emodialisi
- 5- fotocopia della tessera sanitaria
- 6- autocertificazione reddito anno precedente _____
- 7- autocertificazione residenza

Roma, _____

Firma, _____