

REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
VIA
Telefono

MODULO DI RICHIESTA PER IL RIMBORSO DELLE SPESE AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE 19 NOVEMBRE 2002, N. 41 Norme in favore dei soggetti in attesa di trapianto, dei trapiantati"

Il/La sottoscritto/a

Nato/a il

Residente in CAP località

Via/Piazza

Codice fiscale codice regionale

Documento di identità n. rilasciato da

In data Telefono

In qualità di

diretto interessato

esercente la patria podestà per conto del minore

.....

nato a Il

residente a codice fiscale

Codice regionale

erede di nato a

Il Deceduto in data

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità ai sensi della legge regionale N. 41 del 19/11/2002, Norme in 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 DPR 445 del 26 dicembre 2000:

- la residenza nella Regione Lazio

- di far parte di un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno/gli anni

..... di €

- di essere titolare di reddito individuale non superiore ai € 55.000,00 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 Signor/a
nato/a il
residente a CAP.....
via/piazza
codice fiscale Codice regionale
Documento d'identità n. Rilasciato da
In data

Della cui assistenza ha usufruito nel corso:

- degli accertamenti pre-trapianto
- del periodo di degenza
- degli accertamenti post-trapianto

DICHIARA

Altresì, che il trapianto è stato effettuato da donatore vivente

Signor/a
nato/a il
residente a CAP.....
via/piazza
codice fiscale Codice regionale
Documento d'identità n. Rilasciato da
In data

Specificare se:

- consanguineo
- legato da rapporto di coniugio
- da altra parentela con il paziente

CHIEDE

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

1. esami preliminari, tipizzazione tessutale ed altri interventi eseguiti presso il Centro
2. intervento di trapianto d'organo e di tessuto
3. controlli successivi all'intervento ed eventuale espianto

il rimborso delle spese di viaggio sostenute dall'accompagnatore in occasione degli eventi sopraindicati

- il rimborso delle spese di soggiorno sostenute dall'accompagnatore in occasione degli eventi sopraindicati
- il rimborso delle spese di viaggio sostenute dal donatore

il rimborso delle spese di soggiorno sostenute dal donatore

Al fine di cui sopra allega alla presente richiesta:

1. certificazione rilasciata dal centro Trapianti copia del modello E 112 rilasciato dall'Azienda USL in occasione di accertamenti/trapianto
2. documentazione attestante le prestazioni effettuate presso il centro
3. biglietto/i ferroviario/i
4. biglietto/i aereo
5. scontrini autostradali
6. ricevute/fatture per spese di soggiorno

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

Chiedo che il rimborso delle spese venga erogato a mezzo bonifico bancario intestato

a

indirizzo

C/c bancario n.

n. codice ABI n. codice CAB

BANCA Agenzia n.

In alternativa, autorizzo l'Azienda USL ad emettere assegno circolare non trasferibile a me intestato da recapitare al seguente indirizzo

.....

Prendo atto che tutti i dati contenuti nella presente domanda sono trattati secondo quanto previsto dalla legge 675/96. Responsabile del trattamento dei dati è l'Azienda USL

Data

Firma

Riservato alla Azienda USL

Richiesta pervenuta il

Registrata con il n. prot.

n. allegati verificati ed accertati come unico elenco

data

firma dell'incaricato

REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
VIA
Telefono

MODULO PER LA RICHIESTA DEL RIMBORSO AI SENSI DELL'ART. 8 "Trasporto del feretro" DELLA LEGGE REGIONALE 41/02

Il sottoscritto

Nato a il

Residente a CAP

Via/Piazza

Codice fiscale

In qualità di erede di

nato a il già residente
nella Regione Lazio deceduto presso il Centro Trapianti

in data

CHIEDE

Il contributo di cui alla citata legge regionale per le spese sostenute per il trasporto del feretro proprio congiunto.

All'uopo allega

1. dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio
2. le fatture in originale delle spese sostenute che ammontano complessivamente a L./€

In fede

Firma

.....

Data,

Riservato alla Azienda USL

Richiesta pervenuta il

Registrata con il n. prot.

n. allegati verificati ed accertati come unico elenco

data

firma dell'incaricato

REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
VIA
Telefono

MODULO PER LA RICHIESTA DEL RIMBORSO AI SENSI DELL'ART. 8 "Trasporto del feretro" DELLA LEGGE REGIONALE 41/02

Il sottoscritto

Nato a il

Residente presso la Regione o Stato Estero

In Via/Piazza

CAPCodice fiscale

In qualità di erede di

Donatore di organi - deceduto presso il Centro Trapianti

CHIEDE

Il contributo delle spese sostenute per il trasporto del feretro dal Centro trapianti a

All'uopo allega alla domanda

1. dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio

2. le fatture in originale delle spese che ammontano complessivamente a

L./€

In fede

Firma

.....

Data,

Riservato alla Azienda USL

Richiesta pervenuta il

Registrata con il n. prot.

n. allegati verificati ed accertati come unico elenco

data

firma dell'incaricato

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a in _____ il _____ cittadino/a _____

Residente in _____ via _____ n. _____ tel _____

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara _____

Letto, confermato e sottoscritto

Data _____

_____ Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

_____ (firma per esteso e leggibile dei 2 testimoni fidefacienti eventualmente intervenuti per l'identificazione del dichiarante)

L'autentica della firma della dichiarazione da produrre agli organi della pubblica amministrazione nonché ai gestori dei servizi pubblici è garantita con le seguenti modalità:

1° caso (presentazione diretta)	2° caso (invio per mezzo posta, fax o tramite incaricato)
Firma apposta in presenza del dipendente addetto a riceverla.	Si allega copia fotostatica del seguente documento di riconoscimento
Modalità di identificazione: _____	Tipo (*) _____ n. _____
_____	Rilasciato da _____
Data _____	In data _____
IL DIPENDENTE ADDETTO	Data _____
	FIRMA DEL DICHIARANTE
	(*) passaporto carta d'identità patente ecc.

Comune/ente _____ N del registro certificati _____

AUTENTIFICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE

A norma degli artt. 4 e 21 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 previa identificazione a mezzo _____

dichiaro autentica la firma apposta sulla su estesa dichiarazione e resa in mia presenza (art. 21)

attesto che la suddetta dichiarazione è stata resa in mia presenza, ma che il/la dichiarante non può sottoscrivere a causa di _____ (art. 4)

in carta _____ per uso _____

Data _____



Timbro

_____ (firma per esteso del pubblico ufficiale)