

Azienda U.S.L. ROMA B
Al Direttore del ___ Distretto
Via _____
CAP _____ ROMA

OGGETTO: Rimborso delle spese di trasporto per l'effettuazione di trattamenti emodialitici.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
e residente in Roma, Via _____ N. _____ CAP _____,
Codice Fiscale _____ Tel _____ chiede il rimborso delle spese per il
trasporto, o i viaggi, per l'effettuazione dei trattamenti emodialitici effettuati nel periodo dal _____
al _____ presso il Centro _____ sito in
Via _____ Città _____

Allega, alla presente domanda, la certificazione del Centro Dialisi, attestante i giorni nei quali sono state erogate le prestazioni e dichiara che, per il trasporto, è stato utilizzato il seguente mezzo:

- Autovettura privata guidata dal Sig. _____;
- Vettura abilitata al trasporto pubblico;
- Autoambulanza;
- Comune mezzo di trasporto urbano.
- _____

La distanza che separa l'abitazione del sottoscritto dal Centro Dialisi per l'andata e per il ritorno è di Km _____.

Per l'effettuazione di N. _____ Dialisi sono stati pertanto totalmente percorsi Km _____.

ROMA _____

(firma)

Il sottoscritto _____ per la riscossione dell'importo di cui sopra

- Chiede l'invio dell'assegno non trasferibile al proprio domicilio
- Quietanza in tesoreria
- Delega il Sig. _____ nato a _____
Il _____ residente in Via _____ N° _____
CAP _____ Città _____

- Chiede l'accredito su C/C intestato a _____
Codice IBAN : _____

ROMA _____

(firma)