

DISTRETTO SOCIO SANITARIO
DI LAMEZIA TERME
CURE PRIMARIE
P.zza Borelli, 12 Lamezia Terme

PROCEDURA

RIMBORSO SPESE VIAGGI PER DIALISI

APPLICAZIONE DELLA LEGGE REGIONALE N°36/'86

Per ottenere il rimborso l'UTENTE deve:

A- Presentare domanda in carta semplice secondo schema allegato

B - Allegare alla domanda la seguente documentazione:

1 - Certificazione originale dell'U.O. NEFROLOGIA E DIALISI indicante

Il numero e la data delle prestazioni effettuate;

2 - Certificazione della DISTANZA KILOMETRICA tra comune di residenza e comune presso cui è ubicata l'U.O. di Nefrologia e Dialisi, rilasciata dal proprio Comune;

3 - Certificazione di RESIDENZA, del fruitore delle prestazioni e/o autocertificazione;

4 - Fotocopia Documento d'Identità+ Fotocopia del Codice Fiscale del richiedente

La presentazione delle istanze potrà avvenire direttamente al servizio di cure primarie dedicato, sito in piazza Borelli 12 88046 Lamezia Terme

Per informazioni si può chiamare al n.ro 0968/208420

DISTRETTO SOCIO SANITARIO
DI LAMEZIA TERME
CURE PRIMARIE
P.zza Borelli, 12 Lamezia Terme

Oggetto: Richiesta di rimborso spese viaggi per dialisi L. R. N°36/'86

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Il _____ residente a _____
Via _____ N. _____ tel. _____

CHIEDE

- ☐ PER SE STESSO
☐ PER I PROPRI FAMILIARI

Il rimborso delle spese sostenute per viaggi effettuati per dialisi

A TALE SCOPO ALLEGA:

1. **Certificazione originale dell'U.O. di Nefrologia e Dialisi** indicante il numero e la data delle prestazioni effettuate;
2. **Certificazione della Distanza Kilometrica tra comune di residenza e comune presso cui è ubicata L'Unità di Nefrologia e Dialisi**, rilasciato dal proprio Comune;
3. **Certificazione di residenza, del fruitore delle prestazioni (o autocertificazione);**
4. **Fotocopia del Documento d'Identità + Fotocopia del Codice Fiscale** del richiedente.

Lamezia Terme (data) _____

(Firma)

Distretto Sociosanitario di Lamezia Terme
P.zza Borelli, 12
88046 Lamezia Terme

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a
(cognome) (nome)

nato/a a (.....) il
(luogo) (prov.)

residente a (.....) in via n.....
(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del d.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di
dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

Davanti al funzionario incaricato _____

DICHIARA

(indicare gli stati, qualità personali o fatti necessari ai fini dell'autorizzazione richiesta
ed autocertificabili ai sensi dell'art .47 D.P.R. 445/2000)

Letto confermato e sottoscritto

Lamezia Terme _____
(data)

Il dichiarante

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. E' ammessa la presentazione anche via fax, per via telematica o a mezzo posta.

REGIONE CALABRIA
ASP DI CZ AMBITO TERRITORIALE DI LAMEZIA TERME

ATTESTO CHE __L__ SIGN. _____
IDENTIFICATO _____
Lamezia Terme _____ Il Funzionario Incaricato _____