


 Punto Sanità di \_\_\_\_\_ Mod. A)  
 DOMANDA DI RIMBORSO SPESE DIALISI AMBULATORIALI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_, Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_

in trattamento emodialitico ambulatoriale, chiede il rimborso delle spese di viaggio sostenute per sottoporsi alle sedute di emodialisi da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

per Km \_\_\_\_\_ effettuato con (compilare la parte che interessa):

- vettura PRIVATA PROPRIA, targa \_\_\_\_\_
- vettura PRIVATA DI TERZI, del Sig: \_\_\_\_\_ Residente \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ targa \_\_\_\_\_

Firma (del proprietario della vettura) \_\_\_\_\_

- Vettura PUBBLICA (taxi)

Il sottoscritto dichiara DI NON AVERE POTUTO FRUIRE dei normali mezzi di trasporto perché \_\_\_\_\_

Allega la seguente documentazione (segnare la casella che interessa)

- Dichiarazione del Responsabile del Servizio Emodialisi;
- Ricevuta quietanzata del conducente dell'auto pubblica o di terzi.

**MODALITA' DI RIMBORSO:**

- Assegno circolare
- Accredito su C/c bancario n. \_\_\_\_\_ c/o \_\_\_\_\_  
Filiale di \_\_\_\_\_ (Banca diversa da Cassa di Risparmio di Padova e

Rovigo spese bancarie a carico dell'assistito)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il Ricevente Punto Sanità \_\_\_\_\_ Pratica trasmessa il \_\_\_\_\_

Vista la domanda, esaminata la documentazione, si liquida nella seguente misura: € \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ L'AMM.VO INCARICATO \_\_\_\_\_