

RICHIESTA RIMBORSO SPESE DI TRASPORTO PER ASSISTITI DIALIZZATI

Mese di _____

Il sottoscritto codice fiscale

nato a Il..... residente a

Via domiciliato a

Via Tel

Coordinate bancarie per accredito: Banca

c/c n° IBAN.....

DICHIARA

di aver effettuato i viaggi per recarsi al Centro Dialisi di _____ con il seguente mezzo di trasporto:

- mezzo proprio
 mezzo di trasporto pubblico (allegare biglietti in originale)

CHIEDE

Il rimborso delle spese di trasporto sostenute

Data firma assistito

PARTE RISERVATA ALL'ASST DI..... Presidio Territoriale di

 Rimborso mezzo proprio

- due tratte (A/R) Totali Km _____
 una tratta (solo andata o solo ritorno) Totali Km _____

N° sedute Dialisi certificate dal Centro Dialisi _____

Km tot. x n° sedute x 0.32€/km= € _____

Totale € da rimborsare _____ **Rimborso utilizzo mezzi pubblici**

- N° viaggi a due tratte (A/R) _____
 N° viaggi a una tratta (solo andata o solo ritorno) _____

N° sedute Dialisi certificate dal Centro Dialisi _____

n° totale biglietti acquisiti _____

Totale € da rimborsare _____**Note** _____

Data _____

Il Responsabile _____