SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

U. O. Assistenza Primaria

DOMANDA di RIMBORSO / CONTRIBUTO PER TRASPORTO PAZIENTI

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

Via _____n° _____

chiede la corresponsione di:

o rimborso spese di trasporto relative al _____ semestre dell'anno _____

o contributo per spese generali sostenute da assistiti in trattamento domiciliare

Il/La sottoscritto/a chiede che il versamento del contributo avvenga con le seguenti modalità:

o □ accredito in c/c bancario **intestato o cointestato al beneficiario :**

Cod.Naz. 2 lettere IBAN		Check 2cifre BBAN		CIN 1 lett.	A.B.I. 5 cifre					C.A.B. 5 cifre					N. Conto 12 caratteri										
o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o

o □ rimessa diretta presso il Tesoriere dell'Azienda USL di Piacenza –

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali e civili nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, segnala, sotto la propria responsabilità, che quanto sottoscritto corrisponde al vero e si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale modifica a quanto sopra dichiarato.

Il/La sottoscritto/a autorizza altresì, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, la comunicazione dei propri dati anagrafici a ENEL Distribuzione, al fine di garantire l'ininterrotta fornitura di energia elettrica, in caso di trattamento dialitico domiciliare.

_____ _____
(data) (firma del richiedente)

✦✦✦

U.O. ASSISTENZA PRIMARIA – UFFICIO PRESTAZIONI INTEGRATIVE

Si dispone l'erogazione di un concorso spese per l'importo di € _____

In dettaglio:

_____

_____

Totale da liquidare _____

_____ _____

(firma del liquidatore) (Timbro e firma del Direttore U.O.)

Data, _____