

DOMANDA DI RIMBORSO/ CONTRIBUTO PER TRASPORTI SANITARI

Il/La sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ () il _____
 residente a _____ Tel. _____
 Via _____ n° _____

Domiciliato a: _____

Se temporaneo dal _____ al _____ come da autocertificazione allegata

Terapia effettuata: _____ presso: _____

- chiede la corresponsione di:

rimborso spese di trasporto (pari ad 1/5 costo della benzina) riferite 1° 2° 3° 4° TRIM ANNO.....

contributo spese generali sostenute da assistiti in **trattamento domiciliare**

- chiede che il versamento del contributo avvenga con le seguenti modalità:

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

rimessa diretta presso il Tesoriere dell'Azienda USL di Piacenza -

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

Piacenza _____

 (firma del richiedente)

++++
 ASSISTENZA FRONT OFFICE ED ACCESSO

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

In dettaglio : _____

Totale da liquidare _____

L'operatore

Il Direttore U.O.