



Azienda Sanitaria Locale n. 2 Lanciano - Vasto - Chieti

U.O.C. Area Distrettuale 1
Distretto Sanitario di Ortona

Punto Unico di Accesso (PUA)

Piazza San Francesco n. 4 - Ortona (CH)
Telefono 085 9173307 - Fax 085 9173301 e-mail PUA.ortona@asl2abruzzo.it

OGGETTO: richiesta erogazione benefici ai sensi **dell'art.2 comma 1, a) b) c) (Trapianti) del Regolamento Regionale n° 2 del 09/11/2000** e successive modifiche e integrazioni.

Il/La sottoscritt _____ nato/a _____

Il _____ residente a _____ via _____

Tel _____ affetto da _____

In cura presso il Centro Ospedaliero di _____

Avendo effettuato :

- Tipizzazione tissutale presso:

1. _____ KM A/R

2. _____ KM A/R

3. _____ KM A/R

- Trapianto di _____ in data _____

Presso _____ KM A/R

CHIEDE

1. (PRIMA RICHIESTA) L'erogazione dei benefici in oggetto e allega la seguente documentazione:

- Certificato attestante l'iscrizione in lista di attesa presso un Centro Trapianti del territorio nazionale
- Attestazione delle avvenute tipizzazioni
- Ricevute spese viaggi (se effettuati con mezzi pubblici)

2. INTEGRAZIONE DOCUMENTAZIONE di richiesta effettuata il _____

- _____
- _____
- _____

➤ Per tipizzazioni tissutali

- certificazione attestante l'iscrizione in lista d'attesa presso un Centro Trapianti del territorio nazionale
- attestazioni delle avvenute tipizzazioni
- ricevute spese viaggi (se effettuate con i mezzi pubblici)

➤ Per trapianti

- certificazione avvenuto trapianto
- attestazione di controlli periodici post trapianto
- ricevute spese viaggi per i casi 1. 2. (se effettuati con mezzi pubblici)

DATA _____

FIRMA _____