



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 dalla **L.R. 21 aprile 1998, n°29** e successive modifiche e integrazioni.

rimborso spese viaggi

Il/La sottoscritt _____ nato/a _____

Il _____ residente a _____ via _____

Tel _____ in trattamento _____ /dialitico/ _____

dal _____ presso _____

come risulta dall'allegata dichiarazione del Centro Dialisi

CHIEDE

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

Certificato Medico rilasciato dal Centro Dialisi di Riferimento _____

Copia documento di riconoscimento, Copia Tessera Sanitaria

2. **INTEGRAZIONE DOCUMENTAZIONE di richiesta effettuata il** _____

A tal fine dichiara (art.47 DPR 28/12/2000 n° 445)

▪ di essere residente a _____

Dichiara altresì di percorrere Km _____ A.R. dalla propria residenza al Centro Dialisi.
(da dichiarare in caso il Centro Dialisi sia ubicato in Comune diverso da quello di residenza)

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni sia per quanto riguarda la propria posizione anagrafica che reddituale.

Data _____

FIRMA _____