REGIONE ABRUZZO
Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO–VASTO–CHIETI
Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti
Ufficio Prestazioni Socio-Sanitarie

OGGETTO: richiesta benefici economici di cui alla Legge Regionale 29/98.

_l_ sottoscritto/a ______________________________ nato a ____________________

il ______________ e residente in ____________________ Via ______________________

n. tel. ________________ , MMG Dott. ____________________ in trattamento emodialitico/ peritoneale dal ______________ presso il Centro di Cura di ______________, come da allegata certificazione del Centro Dialisi di riferimento,

CHIEDE

- ☐ il rimborso delle spese di viaggio dal proprio domicilio al Centro di Cura e ritorno (Km A-R: ____);
- ☐ il trasporto a carico del Centro di cura (senza rimborso spese viaggio);
- ☐ eventuale erogazione dell'assegno mensile;

A tal fine allega la documentazione di seguito indicata:

1. certificato medico del Centro Dialisi, con la data di inizio delle terapie;
2. autocertificazione su modello allegato alla presente;
3. fotocopia documento di identità in corso di validità;
4. fotocopia Documento Sanitario e/o Codice Fiscale;

[redacted]

Fa presente che la distanza chilometrica extraurbana (A-R) è di KM ____________.

_ l _ sottoscritto/a **si impegna** a comunicare tempestivamente eventuali variazioni rispetto alle dichiarazioni fornite e ad aggiornare annualmente la situazione reddituale , se richiesto, di cui al precedente punto 5.

N.B. Al fine di ottenere le provvidenze economiche di cui all'oggetto, sarà cura del centro Dialisi di riferimento fornire mensilmente all'Ufficio preposto i dati relativi alle prestazioni dialitiche erogate al paziente.

Data __________________ Firma * ________________________

-.--.

* Se impossibilitato a firmare, il richiedente dovrà apporre il segno di croce alla presenza di due testimoni.

1° Testimone: ____________________ nato a ______________ il ______________ residente in ____________________ Via ____________________ n° ______________ cap. ______
Documento ______________ n° ____________________ Rilasciato il __________ da ______________.

Firma ____________

2° Testimone: ____________________ nato a ______________ il ______________ residente in ____________________ Via ____________________ n° ______________ cap. ______
Documento ______________ n° ____________________ Rilasciato il __________ da ______________.

Firma ____________________

NOTE

IL FUNZIONARIO

TRAPIANTATI

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE

UFFICIO PROVVIDENZE TRAPIANTATI

_____

OGGETTO: richiesta erogazione benefici ai sensi dell'art. 2 comma 1, a) b) c) (Trapianti) del Regolamento Regionale N°2 del 9.11.2000.

Il/La sottoscritt_____ nato/a il_____ a_____

e residente a _____Via_____Tel._____

affetto da_____ in cura presso il Centro Ospedaliero

di_____, avendo effettuato trapianto di _____

in data _____ presso _____

C H I E D E

l'erogazione dei benefici in oggetto e allega la seguente documentazione:

- per tipizzazioni tissutali

1) certificazione attestante l'iscrizione in lista d'attesa presso un Centro trapianti del territorio nazionale

2) attestazioni delle avvenute tipizzazioni

3) ricevute spese viaggi (in caso di utilizzo del mezzo proprio Km.A/R_____)

- per trapianti

1) certificazione avvenuto trapianto

2) attestazione di controlli periodici post trapianto

3) ricevute spese viaggi per i casi 1) e 2) (in caso di utilizzo di mezzo proprio Km.A/R_____)

DATA_____ FIRMA_____