



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE MESSINA
VIA GIUSEPPE LA FARINA, 263/N - 98123 MESSINA
WWW.ASP.MESSINA.IT

Rimborso spese trasporto dializzati con mezzo proprio

sottoscritt _____
nat a _____ il _____
residente a _____ via _____ n.
domiciliato a _____ via _____ n.
telefono _____ Tessera Sanitaria n. _____
coordinate bancarie per accrediti:
banca d'appoggio _____ c/c n. _____
IBAN _____

con riferimento al Decreto Assessoriale n.1993 del 13/10/2011

chiede

il rimborso spettante di euro _____ per le spese di trasporto sostenute per
il trasporto per se stesso per un minore

presso il Centro di Emodialisi _____

sito in _____ via _____

distante Km _____ dalla propria residenza

a tal fine allego:

1. attestazione del Centro dialisi con, il numero di dialisi effettuate nel mesi di _____;
2. dichiarazione ospedale pubblico che attesti la non disponibilità alla prestazione con il _____

Si allega altresì: Fotocopia della Carta di Identità – Tessera Sanitaria

Data _____

Il Richiedente _____