



Azienda Sanitaria Provinciale Messina

Via Giuseppe La Farina, 263/n -  
98123 Messina – P.IVA: 03051870834

## Rimborso spese trasporto dializzati con mezzo proprio

### Il sottoscritto/a

cognome

nome

nato/a

il

residente a

in via

domiciliato/a nel comune di

in via

telefono

Codice Fiscale

coordinate bancarie per accrediti:

banca d'appoggio

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

nel comune di

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;

Luogo e data

Il Richiedente \_\_\_\_\_