

**REGIONE LAZIO**  
**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE LATINA**

**Modulo di richiesta per rimborso delle spese ai sensi della legge regionale 19.11.2002 n.41 "Norme in favore dei soggetti in attesa di trapianto dei trapiantati"**

Il/la sottoscritta/ a .....

Nato/a..... il.....

residente in.....cap.....

Via.....Codice Fiscale.....

Documento di identità n..... rilasciato da .....

In data..... tel.....

**In qualità di:**

diretto interessato

esercente la patria potestà per conto del minore .....

Nato/a..... il.....

residente in .....

Codice Fiscale .....

erede di ..... Nato a .....

Il..... deceduto in data.....

**consapevole delle sanzioni a cui va incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445 del 26/12/2000 :**

**DICHIARA**

- Di essere residente nella Regione Lazio.....
- Di far parte di un nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno..... di €.....
- Di essere titolare di reddito individuale non superiore ai €55.000,00 riferito all'anno.....
- Di essere tipizzato ed inserito nelle liste di attesa a far data dal ..... presso il centro trapianti di .....
- Di essere stato trapiantato in data ..... presso il Centro.....
- Di essersi recato presso il predetto Centro con:
  - mezzo privato
  - aereo
  - treno

## DICHIARA

Inoltre, che l'accompagnatore è il Signor/a.....

Nato/a..... il.....

residente in .....

Codice Fiscale .....

Documento di identità n..... rilasciato da .....

In data.....

### Specificare se:

- consanguineo
- legato da rapporto di coniuge
- da altra parentela con il paziente

## CHIEDE

- il rimborso delle spese di viaggio e di soggiorno sostenute per recarsi presso il predetto Centro Trapianti in occasione di :
  1.  esami preliminari, tipizzazione tessutale ed altri interventi eseguiti presso il Centro
  2.  intervento di trapianto d'organo e di tessuto
  3.  controlli successivi all'intervento ed eventuale espianto
- il rimborso delle spese di **viaggio** sostenute dall'accompagnatore in occasione degli eventi sopradescritti
- il rimborso delle spese di **soggiorno** sostenute dall'accompagnatore in occasione degli eventi sopradescritti
- il rimborso delle spese di **viaggio** sostenute dal donatore;
- il rimborso delle spese di **soggiorno** sostenute dal donatore

### Ai fini di cui sopra allega alla presente richiesta:

1. certificazione rilasciata dal Centro Trapianti di..... copia del modello E112 rilasciato dall'Azienda USL..... in occasione di accertamento/trapianto in uno Stato dell'U.E.;
2. documentazione attestante le prestazioni effettuate presso il Centro;
3. biglietto/i aereo
4. biglietto/i ferroviario
5. scontrini autostradali
6. ricevute/fatture per spese di soggiorno

**Tutti i documenti di spesa, in originale, si riferiscono a spese sostenute a far data dal.....**

Chiedo che il rimborso delle spese venga erogato:

a mezzo bonifico bancario intestato a .....  
indirizzo.....  
c/c/bancario.....n.....  
n.codice ABI..... n.codice CAB.....  
Banca..... Agenzia n.....

assegno circolare non trasferibile da recapitare al seguente indirizzo.....  
.....

Ricevuta l'informativa, in ottemperanza di quanto previsto dall'art. 13 del Codice della Privacy (D.Lgs. n°196/2003) il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali e sensibili ai fini dell'istruttoria e liquidazione della pratica di erogazione contributo per le spese non sanitarie in occasione di trapianto d'organo o di tessuti..

li..... Firma.....  
Leggibile