

118

RICHIESTA RIMBORSO SPESE DI TRASPORTO PER ASSISTITI DIALIZZATI

**Spett.le
Distretto Sanitario di base
di Agrigento**

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ e residente in _____,
Via _____, Cod. Fisc. n. _____,

CHIEDE

ai sensi dell'art.5 della L.R. n. 88/80, così come integrato dall'art. 2 della L.R. n. 40/84, il rimborso delle spese viaggio sostenute nel mese di _____ per recarsi al Centro di dialisi _____ di _____, per un totale di n. _____ sedute, come da documentazione allegata alla presente istanza.

All'uopo dichiara che il tragitto, andata e ritorno, dal proprio domicilio al predetto Centro di dialisi è di Km. _____ ed è stato effettuato con:

autovettura mod. _____ Targa _____ di sua proprietà;
autovettura mod. _____ Targa _____ di proprietà di terzi
condotta dal Sig _____

Data _____

Firma assistito

Firma dell'accompagnatore
