



Azienda Ulss 12
Veneziana

Domanda di rimborso spese di viaggio per emodialisi ambulatoriale

MOD 002
Rev. 2
07/04/2014

Al Direttore generale dell'Azienda Ulss 12 Veneziana
Via Don F. Tosatto, 147 - 30174 Mestre (VE)

Il/la sottoscritto/a

Cognome		Nome		
Codice Fiscale		Tessera Sanitaria		
Nato/a a		Prov.	il	
Residente a:	Prov.	in (via, piazza ...)		n°
CAP	Telefono			

in trattamento emodialitico ambulatoriale

CHIEDE

il rimborso delle spese di viaggio sostenute per sottoporsi al trattamento e dichiara che

il percorso di andata e ritorno dal proprio domicilio a

è di km e che viene effettuato con

auto privata propria

Modello	Targa
---------	-------

auto privata di terzi

Modello	Targa
---------	-------

del sig./ della sig.ra

Cognome	Nome		
Codice Fiscale	Nato/a a:	Prov.	il:

Firma del/la proprietario/a dell'auto

taxi



Azienda Ulss 12
Veneziana

Domanda di rimborso spese di viaggio per emodialisi ambulatoriale

MOD 002
Rev. 2
07/04/2014

Allega la seguente documentazione (barrare la casella che interessa):

- dichiarazione del responsabile del servizio di emodialisi n°
- ricevuta /quietanza del conducente dell'auto pubblica o di terzi n°
(specificare se la stessa auto è stata utilizzato da parte di più assistiti contemporaneamente).

- altro

Il sottoscritto/a dichiara di non aver potuto fruire dei normali mezzi di trasporto pubblico perché

Modalità di rimborso scelta:

- in contanti presso qualsiasi sportello della Cassa di Risparmio di Venezia;
- accredito sul c/c dell'Istituto Bancario

IBAN

Data

Firma

Data di presentazione

Firma dell'addetto