

Spett. le **UFFICIO ASSISTENZA INTEGRATIVA**

E-mail: protocollo@aulss8.veneto.it

**DOMANDA PER RIMBORSO SPESE PER SOGGETTI TRAPIANTANDI/TRAPIANTATI D'ORGANO E MIDOLLO
OSSEO E DONATORI D'ORGANI DA VIVENTE**

(D.G.R. n. 631 del 07/03/2006)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ () il _____

residente a _____ () CAP _____

in via/piazza	n.
---------------	----

tel. e-mail

Codice Fiscale

- ☐ iscritto nelle liste trapianti
- ☐ chiamato per l'effettuazione di un trapianto di organi da parte di strutture sanitarie pubbliche in altre Regioni o all'estero
- ☐ sottoposto a follow-up post trapianto

CHIEDE

- ☐ il rimborso delle spese di viaggio sostenute dallo stesso e da un suo accompagnatore tramite
- ☐ treno, nei limiti della tariffa ferroviaria di 2^a classe;
 - ☐ utilizzo mezzo proprio secondo le vigenti tariffe A.C.I. (**allegare copia del libretto di circolazione**);
 - ☐ aereo nei limiti della tariffa (classe economica).
- ☐ il rimborso delle spese di soggiorno (vitto e alloggio) del paziente e di un suo eventuale accompagnatore nel periodo pre e post trapianto presso la località sede del Centro Trapianti (ovvero altre località indicate dal centro medesimo nel caso richiesto da certificare esigenze cliniche), entro il limite giornaliero di € 150.00.

Allega, a tal fine, la seguente documentazione:

- certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria attestante i giorni in cui il richiedente si è sottoposto a trattamenti medici;
- dichiarazione oppure autocertificazione dei redditi, attestante che il reddito IRPEF del nucleo familiare fiscale non supera 40.000,00 annui (escluso per i donatori di rene o fegato da viventi);
- autocertificazione da cui risulti il nucleo familiare;
- ricevute fiscali delle spese sostenute;
- attestazione della struttura che è necessario l'accompagnatore.

Chiede inoltre che il rimborso spese, sia eseguito mediante bonifico su c/c bancario o bancoposta esclusi i conti legati al libretto postale per il versamento delle pensioni.

Indicare codice IBAN del titolare avente diritto:

[illegible]

Luogo e data _____ Firma _____

L'Azienda ULSS n. 8 Berica, in qualità di Titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di dati personali (articolo 13 del Regolamento Europeo (G.D.P.R.) n. 2016/679). L'Interessato, nel sottoscrivere il presente modulo, acconsente al trattamento dei dati necessari per le finalità di cui al presente modulo.

Per ogni ulteriore informazione relativa alla privacy si rinvia al sito dell'ULSS n. 8 Berica (www.aulss8.veneto.it), sezione "privacy europea".

Luogo e data Firma