

ALL. M



ISTANZA DI RIMBORSO SPESE PER EMODIALISI

ALL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI RAGUSA

Distretto di _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ residente in Via _____

domiciliato a _____ in Via _____

tel. per reperibilità _____ tessera sanitaria n° _____

coordinate bancarie per accrediti:

Banca d'appoggio _____ c/c n° _____

IBAN _____

con riferimento al Decreto Assessoriale n. _____ del Settembre 2011

CHIEDE

Il rimborso spettante di Euro _____ per le spese sostenute per emodialisi eseguite da:

Se stesso

Il minore _____

Presso il Centro di Emodialisi _____

Sito in _____ Via _____

Distante Km _____ dalla propria residenza.

A tal fine allega attestazione del C. Dialisi con il numero di dialisi effettuate nel mese di _____

Dichiaro che mi sono state preventivamente fornite le informazioni previste dalla normativa in materia di tutela dei dati personali e in particolare quelle di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003. Conseguentemente autorizzo l'ASP di Ragusa al trattamento dei miei dati personali, compresi quelli sensibili.

Data _____

IL RICHIEDENTE _____