



**AL RESPONSABILE UNITA' OPERATIVA  
ASS. INTEGRATIVA-PROTESICA-HANDICAP  
DISTRETTO DI .....**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- di usufruire per il di trasporto dal proprio domicilio al Centro dialisi assegnato dei servizi offerti da un'altra Associazione per i seguenti motivi:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_;
- di effettuare la terapia dialitica presso il centro .....per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

*Dichiara di essere a conoscenza che, ai fini del rimborso dovuto per il trasporto, i costi dell'eventuale differenza saranno a proprio carico.*

Ragusa \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Spazio per l'Ufficio**

Si **accetta/non accetta** la richiesta.

- dal \_\_\_\_\_ il servizio di trasporto sarà effettuato dall'Associazione \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_\_\_ le sedute dialitiche potranno essere effettuate presso il centro dialisi  
 \_\_\_\_\_

Il Medico Responsabile

\_\_\_\_\_