



Modulo A

All'Azienda Sanitaria Locale
U.O.S. GACEP
Via Renato Paolini, 47
65124 PESCARA
Tel. 085 425 3971

Prot. _____

Oggetto: Richiesta erogazione benefici ai sensi della **L.R. n. 29/1998** Provvidenze in favore dei Nefropatici.

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

e residente a _____ in via _____ n. _____

CAP _____ Codice Fiscale _____

n. Tessera Sanitaria _____ n. telefono _____

email _____

in cura come: trapiantato (data trapianto _____) dializzato

presso la Struttura Sanitaria (denominazione legale) _____

CHIEDE

che gli vengano corrisposti, ai sensi della Legge indicata in oggetto, il rimborso spese, pertanto si allega alla presente la seguente documentazione:

- Certificazione sanitaria in ordine alla permanenza della necessità del trattamento dialitico;
- Certificazione dei trattamenti effettuati nei servizi nefroemodialitici delle strutture sanitarie regionali;
- Attestazione spese di viaggio (ricevute taxi/treno/bus)

DICHIARA

che per recarsi presso il Presidio Ospedaliero dove effettua la prestazione NON usufruisce di trasporto in Ambulanza o altro analogo servizio fornito dalla ASL

chiede altresì

che le spettanze concesse dalla normativa di riferimento vengano versate con:

Bonifico Bancario Contanti

Banca/Ufficio Postale _____ Agenzia _____

Codice IBAN: _____

Intestato a: _____ nato/a il _____
(cognome, nome)

a _____ residente a _____ in via _____

n. _____ CAP _____ Codice Fiscale _____

n. telefono _____ email _____

Pescara, _____

FIRMA

- Presentazione prima istanza
- Rinnovo istanza

N.B.: allegare fotocopia del documento di identità del richiedente

Preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali acconsento alla raccolta e al trattamento dei miei dati personali nella misura necessaria al raggiungimento di quanto richiesto e comunque nel rispetto del Regolamento UE 679/2016 sulla Protezione dei Dati e D.Lgs. 196/2003 Codice in materia di Protezione dei Dati Personali come integrato dalle modifiche introdotte dal D. Lgs. n. 101/2018.

U.O.S. GACEP
c/o Palazzina H ASL Pescara
tel. 085 425 3971 email: tutelasociale.pescara@asl.pe.it / PEC: protocollo.aslpe@pec.it