



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](mailto:tutelasociale.pescara@asl.pe.it) / PEC: protocollo.aslpe@pec.it