



azienda sanitaria locale
materata

Azienda Sanitaria Locale di Matera
"Dipartimento Integrazione Ospedale-Territorio"
U.O.C. Distretto Sanitario di Matera
Via Montescaglioso 2 - Matera

UOC Direzione Distretto Sanitario di Matera
"Ufficio Rimborsi e Contributi"
Sede Centrale - 1° piano
Via Montescaglioso 2
Matera

MOD. D

Oggetto: Richiesta rimborso trapianti L.R. n° 22 - consegna documentazione.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a
_____ e residente a _____ in via
_____, sottoposto a trapianto di
_____ in data _____ presso il Centro
_____ ai sensi della L.R. n. 22 del 27.03.2000

CHIEDE

il rimborso per le spese di viaggio e soggiorno, sostenute per recarsi presso il predetto Centro per controllo/ricovero effettuato in data _____

compreso l'accompagnatore (solo se minorenne o invalido al 100%) **SI NO** (barrare)

Cell. _____

Luogo e Data _____

Firma _____

Si allega:

- *certificato controlli/ricovero ambulatoriale;*
- *copia documento di riconoscimento;*
- *documentazione delle spese sostenute;*
- *mod. ISEE;*
- *attestazione coordinate bancarie/postale stampato dall'istituto;*
- *verbale d'invalidità INPS (se 100%).*