

MOD. D

ASM
AZIENDA SANITARIA di MATERA

OGGETTO : Richiesta rimborso Trapiantati in Italia (L.R. n. 22/00)

Il sottoscritto.....nato a

il.....residente a.....in Via.....

genitore di.....nato a.....il.....

sottoposto a trapianto di.....in data.....

presso il Centro.....

ai sensi della L.R. n. 22 del 27.03.2000

CHIEDE

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

compreso l'accompagnatore **SI NO** (barrare)

Data.....

Firma.....

Allega:

- attestato di controllo ambulatoriale
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
- fotocopia codice fiscale
- documentazione delle spese sostenute

C.F.....

Tel.