

**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. ....