

ASL
ROMA 2REGIONE
LAZIO

DISTRETTO :

DOMANDA DI RIMBORSO DELLE SPESE DI TRASPORTO PER I TRATTAMENTI EMODIALITICI/PLASMAFERETICI
(Decreto del Commissario ad Acta n. 00441 del 22.12.2014)

Il/la Sottoscritt. nat. a

Il residente in Roma via CAP

Codice fiscale Tel./Cell.

CHIEDE

Il rimborso delle spese sostenute per il viaggio dal domicilio (specificare se diverso dalla residenza)

in via/p.zza città CAP

al Centro Dialisi città Via/p.zza

dove è stato sottoposto a trattamento dialitico nel mese di anno per un numero complessivo di sedute

Il/la sottoscritt.. dichiara :

- che il viaggio è stato effettuato mediante autovettura privata di proprietà di targa tipo per Km per due viaggi giornalieri (indicare solo km andata).
- che l'accompagnatore è ritornato al domicilio/residenza per poi tornare al centro a riprendere il sottoscritto, effettuando Km. per n. 4 (quattro) viaggi giornalieri (il totale dei Km. non può superare il n. di 60).
- che il viaggio è stato effettuato mediante mezzo collettivo organizzato da targa tipo per Km per due viaggi giornalieri (indicare solo km andata) (se paziente non deambulante che utilizza carrozzina allegare certificazione del Centro Dialisi come previsto nella domanda allegata al D.C.A. 441/2014).
- che il viaggio è stato effettuato mediante Taxi, allegando le attestazioni di pagamento (fattura o ricevuta fiscale) relative alle corse effettuate indicanti la data ed il percorso effettuato.
- che il viaggio è stato effettuato tramite autolettiga (allegare dichiarazione del Centro Dialisi come previsto nella domanda allegata al D.C.A. 441/2014).

(1/2)



Il/la sottoscritt. allega:

- certificato del Centro Dialisi indicante i giorni di trattamento e le condizioni cliniche.
- attestazioni di pagamento (fatture, ricevute fiscali).

Il sottoscritto chiede che il rimborso debba essere effettuato:

- tramite assegno circolare presso il proprio domicilio.
- tramite quietanza in tesoreria.
- tramite versamento sul proprio C/C o sul C/C del Sig. nat. a Il da me delegat. alla riscossione

Codice IBAN (proprio o del delegato)

- tramite versamento sul C/C della Cooperativa/Ditta da me delegata alla riscossione in quanto ha effettuato il trasporto del sottoscritto presso il Centro Dialisi (D.C.A. 441/2014); segue dichiarazione di delega:

Il/la sottoscritt. delego e autorizzo la Cooperativa/Ditta a fornire il servizio di trasporto della mia persona dalla mia abitazione al centro Dialisi, ai fini della terapia di dialisi e alla riscossione del rimborso delle spese sostenute per i viaggi per i chilometri percorsi. La somma dovrà essere versata sul C/C intestato a

Cod. IBAN

INFORMAZIONI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679

L'ASL ROMA 2 con sede in via M. Brighenti, 23 - Edificio B - 00159 Roma – URP 06.5100.4552/4554/4555 - PEC: protocollo.generale@pec.aslroma2.it - Codice Fiscale e Partita IVA: 13665151000, in qualità di **Titolare** del trattamento, con la presente la informa che i dati che ci vengono conferiti mediante il presente modulo e il relativo allegato sono trattati per fornire la documentazione richiesta e per tutte le attività amministrative connesse. Base giuridica dei trattamenti in questione è da rinvenirsi nella necessità di dare esecuzione alle richieste degli interessati. A tale finalità potrà aggiungersi la necessità di tutelare, anche in giudizio, i diritti e gli interessi dell'ASL, dei suoi dipendenti e assimilabili, dei pazienti e/o di terzi. I dati saranno conservati per il tempo necessario alla corretta e completa erogazione della prestazione richiesta e per il successivo anno, fatta salva la gestione dell'eventuale contenzioso. Il conferimento di tutti i dati richiesti è necessario e l'eventuale rifiuto di fornirli rende impossibile dare seguito alla delega. I dati saranno conosciuti da personale sanitario e/o amministrativo dell'ASL Roma 2 appositamente autorizzato al relativo trattamento e potranno essere oggetto di comunicazione, se previsto da norma di legge o di regolamento, a Pubbliche Amministrazioni, Autorità Giudiziarie, Forze dell'Ordine e consulenti legali e/o assicurativi per la gestione del contenzioso. I dati non sono soggetti a diffusione. Infine, informiamo gli interessati che, sui dati trattati dall'ASL Roma 2, è loro facoltà esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del Regolamento. Gli interessati, in particolare, hanno il diritto in qualunque momento di chiedere al titolare l'accesso ai dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento che li riguarda, hanno infine il **diritto di opporsi al trattamento**. Tali diritti potranno essere esercitati inviando una richiesta all'ASL Roma 2 Titolare del trattamento, all'indirizzo della sede aziendale, oppure al Responsabile della Protezione dei Dati sempre contattabile all'indirizzo e-mail dpo@aslroma2.it. Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti, effettuato dall'ASL Roma 2, avvenga in violazione di quanto statuito dal Regolamento potranno proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it), come previsto dall'art. 77 del Regolamento medesimo o adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Il/La Sottoscritt. acconsente/non acconsente al trattamento dei dati personali nella forma e nei limiti consentiti dalle norme vigenti, da parte di codesta Azienda ASL ROMA 2; il fascicolo contenente i dati personali relativi alla domanda sarà custodito presso l'ufficio competente alla liquidazione dei rimborsi per ulteriori 5 anni.

ROMA _____

FIRMA _____