

ALLEGATO 1

**REGIONE LAZIO**  
**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE .....**  
**VIA .....**  
**Telefono .....**

**MODULO DI RICHIESTA PER IL RIMBORSO DELLE SPESE AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE 19 NOVEMBRE 2002, N. 41 Norme in favore dei soggetti in attesa di trapianto, dei trapiantati"**

Il/La sottoscritto/a .....

Nato/a ..... il .....

Residente in ..... CAP ..... località .....

Via/Piazza .....

Codice fiscale ..... codice regionale .....

Documento di identità n. .... rilasciato da .....

In data ..... Telefono .....

In qualità di

diretto interessato

esercente la patria podestà per conto del minore

.....

nato a ..... Il .....

residente a ..... codice fiscale .....

Codice regionale .....

erede di ..... nato a .....

Il ..... Deceduto in data .....

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità ai sensi della legge regionale N. 41 del 19/11/2002, Norme in favore dei soggetti in attesa di trapianto, dei trapiantati e dei donatori", consapevole delle sanzioni penali in cui può incorrere nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 26 dicembre 2000:

- la residenza nella Regione Lazio .....

- di far parte di un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno/gli anni

..... di € .....

- di essere titolare di reddito individuale non superiore ai € 55.000,00 riferito all'anno/agli

anni .....

- di essere tipizzato ed inserito nelle liste di attesa a far data dal .....

presso il centro Trapianti di .....

- di essere stato trapiantato in data ..... presso il Centro .....

- di essersi recato presso il predetto centro con

- mezzo privato
- aereo
- treno

### DICHIARA

Inoltre,  
il nominativo dell'accompagnatore Signor/a .....  
nato/a ..... il .....  
residente a ..... CAP.....  
via/piazza .....  
codice fiscale ..... Codice regionale .....  
Documento d'identità n. .... Rilasciato da .....  
In data .....

Della cui assistenza ha usufruito nel corso:

- degli accertamenti pre-trapianto
- del periodo di degenza
- degli accertamenti post-trapianto

### DICHIARA

Altresì, che il trapianto è stato effettuato da donatore vivente

Signor/a .....  
nato/a ..... il .....  
residente a ..... CAP.....  
via/piazza .....  
codice fiscale ..... Codice regionale .....  
Documento d'identità n. .... Rilasciato da .....  
In data .....

Specificare se:

- consanguineo
- legato da rapporto di coniugio
- da altra parentela con il paziente

### CHIEDE

il rimborso delle spese di viaggio e di soggiorno sostenute per recarsi presso il predetto Centro Trapianti in occasione:

1.  esami preliminari, tipizzazione tessutale ed altri interventi eseguiti presso il Centro
2.  intervento di trapianto d'organo e di tessuto
3.  controlli successivi all'intervento ed eventuale espianto

il rimborso delle spese di viaggio sostenute dall'accompagnatore in occasione degli eventi sopraindicati

- il rimborso delle spese di soggiorno sostenute dall'accompagnatore in occasione degli eventi sopraindicati
- il rimborso delle spese di viaggio sostenute dal donatore
- il rimborso delle spese di soggiorno sostenute dal donatore

Al fine di cui sopra allega alla presente richiesta:

1. certificazione rilasciata dal centro Trapianti ..... copia del modello E 112 rilasciato dall'Azienda USL ..... in occasione di accertamenti/trapianto
2. documentazione attestante le prestazioni effettuate presso il centro
3. biglietto/i ferroviario/i
4. biglietto/i aereo
5. scontrini autostradali
6. ricevute/fatture per spese di soggiorno

Tutti i documenti di spesa in originale si riferiscono a spese sostenute a far data dal .....

Chiedo che il rimborso delle spese venga erogato a mezzo bonifico bancario intestato

a .....

indirizzo .....

C/c bancario ..... n. ....

n. codice ABI ..... n. codice CAB .....

BANCA ..... Agenzia n. ....

In alternativa, autorizzo l'Azienda USL ..... ad emettere assegno circolare non trasferibile a me intestato da recapitare al seguente indirizzo

.....

Prendo atto che tutti i dati contenuti nella presente domanda sono trattati secondo quanto previsto dalla legge 675/96. Responsabile del trattamento dei dati è l'Azienda USL .....

Data .....

Firma

Riservato alla Azienda USL

Richiesta pervenuta il .....

Registrata con il n. prot. ....

n. allegati verificati ed accertati come unico elenco .....

data

firma dell'incaricato