

**RICHIESTA RIMBORSO TRASPORTO AI SENSI DELLA DGRM 785/19 DICHIARAZIONE
SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)**

DI SOGGETTI NEFROPATICI CRONICI IN TRATTAMENTO DIALITICO

modello AST
Ancona
versione 0.2
del 24/10/2024

Il sottoscritto _____

nato/a a _____ il _____ Codice fiscale _____

residente a _____ (Prov: _____) in Via _____ n° _____

domicilio sanitario : _____

(solo se diverso dalla residenza)

città

via/località

n° civico

recapito telefonico _____

in qualità di:

☐ diretto interessato;

☐ tutore/curatore/amministratore di sostegno del Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ Prov _____ il _____

☐ erede del/della Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ Prov _____ il _____

*consapevole delle sanzioni penali cui va incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizioni di atto falso
rispondenti a verità ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445 del 28 Dicembre 2000*

o contenenti dati non

RICHIEDE, AI SENSI DELLA DGRM 785/19, DAL 01/01/2025 AL 31/12/2025

☐ il rimborso della spesa dei mezzi pubblici (allegare biglietti)

☐ il rimborso per utilizzo mezzo proprio

☐ il rimborso per trasporto in forma singola espletato da terzi

☐ il rimborso per trasporto in modalità collettiva organizzato da associazione o ente terzo.

(La necessità dell'accompagnamento deve essere certificata dall'U.O.Dialisi)

partenza da: ☐ Residenza ☐ Domicilio sanitario

destinazione a: ☐ servizio di Nefrologia e Dialisi di _____

Data _____ Firma dichiarante _____

MODALITA' DI RIMBORSO

☐ Accreditamento presso Banca _____
Filiale _____ intestato a _____
IBAN _____

☐ delego a riscuotere per mio conto e con ciò liberando l'AST Ancona da ogni e qualsiasi responsabilità in merito,
il beneficio che mi spetta a titolo di rimborso per trasporto per persone dializzate al/alla Sig./Sig.ra:

_____ codice fiscale _____

IBAN _____

Firma delegato _____

Data _____ Firma delegante _____

(In caso di delega, allegare copia documento di identità di delegato e delegante)

Informativa breve sul trattamento dei dati personali ex artt. 13 e 14 del regolamento generale sulla protezione dei dati UE 2016/679 "GDPR"

TITOLARE DEL TRATTAMENTO: Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Ancona - Sede: Viale C. Colombo 106 - 60127 Ancona (AN) - PEC: ast.ancona@emarche.it

RESPONSABILE PROTEZIONE DATI (DPO) Tel.: 071.2911517 - e-mail: dpo.ast.an@sanita.marche.it

N.B. allegare il riepilogo delle sedute dialitiche effettuate con trasporto esterno da parte della U.O.C di nefrologia e dialisi di riferimento. RISERVATO ALL'UFFICIO

TRASPORTI/RIMBORSI - PROT. N. _____ DEL ____/____/____