

L.R. n. 65 del 17/11/1997 – DOMANDA RIMBORSO PER TRAPIANTO D'ORGANI
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ____ / ____ / _____ Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

Residente a _____ Via _____

tel. cellulare o fisso	Indirizzo email
------------------------	-----------------

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 D.P.R. 445/2000)

IN QUALITÀ DI

- ☐ diretto interessato (Trapiantato)
- ☐ diretto interessato (Donatore)
- ☐ genitore
- ☐ tutore/curatore/amministratore di sostegno di (*allegare Decreto di nomina*)
- ☐ erede (*allegare atto notorio eredi*)
- ☐ delegato (*allegare delega*)

di: C.F. |

CHIEDE

il riconoscimento del RIMBORSO per le spese sostenute, nel rispetto del tetto massimo rimborsabile previsto dalla LR 65/97, per:

- ☐
- Esami preliminari
- ☐
- Trapianto
- ☐
- Controlli successivi

A tal fine

DICHIARA

di avere avuto la necessità di un accompagnatore: Sig./ra _____

C. F. | | | | | | | | | | | | | | | |

di essersi recato/a dalla propria residenza a:

con il seguente mezzo di trasporto:

- ☐
- MEZZO PUBBLICO
- ☐
- MEZZO PROPRIO/DI FAMILIARI/DI TERZI
- ☐
- AMBULANZA

che le somme delle quali richiede il rimborso sono state effettivamente pagate e che non ha goduto di altri rimborsi per lo stesso titolo da parte di enti pubblici o privati.

COMUNICA

Che l'importo dovrà essere accreditato nel conto corrente ☐ proprio, oppure ☐ intestato a (*allegare delega*):

C.F. | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

[illegible]

Data

Firma dichiarante

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

Riservata Ufficio:

Protocollo n. _____

Data _____