

**RICHIESTA RIMBORSO TRASPORTO AI SENSI DELLA DGRM 785/19  
DI SOGGETTI NEFROPATICI CRONICI IN TRATTAMENTO DIALITICO  
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
  - genitore
  - tutore/curatore/amministratore di sostegno di *(allegare Decreto di nomina)*
  - erede *(allegare atto notorio eredi)*
  - delegato *(allegare delega)*
- di: \_\_\_\_\_ C.F. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**RICHIESTE, 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 \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

Che l'importo dovrà essere accreditato nel conto corrente:

proprio, su IBAN |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

intestato al Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ *(allegare delega)*:

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

IBAN |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Data \_\_\_\_\_ Firma dichiarante \_\_\_\_\_

**N.B. inviare i riepiloghi delle sedute dialitiche effettuate con trasporto esterno, rilasciati dall'U.O. di Nefrologia e Dialisi di riferimento all'Ufficio Rimborsi competente per territorio.**

**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 \_\_\_\_\_