

Il sottoscritto

nato/a a _____ il g g m m a a a a cognome e nome avente diritto al trasporto
Codice fiscale

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

(domicilio sanitario :

solo se diverso dalla residenza

_____ , _____)
città via/località n° civico

recapito telefonico

_____ Email

in qualità di:

- diretto interessato;
- tutore del Sig./Sir.ra _____
nato/a a _____ Prov _____ il _____
- amministratore di sostegno del 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 o contenenti dati non rispondenti a verità ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445 del 28 Dicembre 2000

RICHIESTE AI SENSI DELLA DGRM 785/19

- 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 è certificata dall'U.O.Dialisi come da certificato allegato.

partenza da: Residenza Domicilio sanitario

destinazione a: servizio di Nefrologia e dialisi di _____

Data _____

Firma dichiarante _____

MODALITA' DI RIMBORSO

- delego a riscuotere per mio conto e con ciò liberando l'AST Ancona da ogni e qualsiasi responsabilità in merito, il beneficio che ci spetta a titolo di rimborso per trasporto per persone dializzate a _____ con sede nel comune di _____

Note: _____

- Accreditamento presso Banca _____
Filiale _____ intestato a _____
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 ___/___/_____