

## RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO (DGR 441/2014)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov) \_\_\_\_\_  
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato)

residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
(se domicilio diverso dalla residenza)

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

genitore/legale rappresentante del Sig/ra \_\_\_\_\_  
cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov) \_\_\_\_\_  
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato)

residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

### CHIEDE

il rimborso delle spese sostenute per il viaggio dalla residenza/domicilio

via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

al Centro Dialisi \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

dove è stato sottoposto a trattamento dialitico nel mese di \_\_\_\_\_

per un numero complessivo di \_\_\_\_\_ sedute

### DICHIARA

che il viaggio è stato effettuato con il mezzo di trasporto pubblico

che il viaggio è stato effettuato mediante vettura privata tipo \_\_\_\_\_

targa \_\_\_\_\_ di proprietà di \_\_\_\_\_ x 2 viaggi giornalieri

che il conducente delle vettura è stato \_\_\_\_\_  
familiare/convivente/addetto all'assistenza del sottoscritto

che il conducente è tornato all'abitazione per poi tornare a prendermi, effettuando quindi 4 viaggi giornalieri\*

*\*qualora la distanza dal domicilio al centro dialisi sia superiore ai 15 Km previsti, in base al punto 1.1.2. del DCA 441/2014, considerata la possibilità di percorrere il viaggio in tempi brevi, sarà applicata la deroga chilometrica.*

che il viaggio è stato effettuato con Taxi

che il viaggio è stato effettuato tramite Cooperativa/Società/Associazione di volontariato  
\_\_\_\_\_

che il viaggio è stato effettuato tramite AMBULANZA

Allega:

- Certificato rilasciato dal Responsabile del Centro Dialisi indicante i giorni di trattamento
- Fattura/Ricevuta fiscale delle corse effettuate con il TAXI indicanti il giorno e il percorso
- Fattura rilasciata da Cooperativa/Società/Associazione di volontariato indicante i giorni del trasporto al Centro Dialisi
- Certificato rilasciato dal Responsabile del Centro Dialisi attestante la gravità e la necessità per il paziente di essere trasportato mediante ambulanza
- Fattura del trasporto in ambulanza

Il sottoscritto chiede che i contributi siano versati sul Conto Corrente Bancario

n. IBAN \_\_\_\_\_

Banca \_\_\_\_\_ ag. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

intestato a SE MEDESIMO

**SE I CONTRIBUTI DEVONO ESSERE VERSATI A TERZI DEVE ESSERE ALLEGATA ALLA  
PRESENTE RICHIESTA APPOSITA DELEGA (vedi Modelli)**

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D. Lgs. 196/03)**

Preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali acconsento alla raccolta e al trattamento dei miei dati personali nella misura necessaria al raggiungimento di quanto richiesto e comunque nel rispetto del D.Lgs. 196/2003.

Roma, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

.....

La richiesta di rimborso spese di viaggio relativa la mese di \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

del Sig. \_\_\_\_\_  
cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

è stata consegnata alla UOS Percorsi del Distretto \_\_\_\_\_ in data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

con il numero di protocollo \_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO