

**Al Direttore Generale  
dell'Azienda ULSS 3 Serenissima  
Via Don F. Tosatto, 147 - 30174 Mestre (VE)**

Il/la sottoscritto/a

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
<b>Codice Fiscale</b>		<b>Tessera Sanitaria</b>	
<b>Nato/a a</b>		<b>Prov.</b>	<b>il</b>
<b>Residente a</b>	<b>Prov.</b>	<b>in (via, piazza ...)</b>	<b>n°</b>
<b>CAP</b>	<b>Telefono</b>		

- Iscritto/a nelle liste trapianti
- Chiamato/a per l'effettuazione di trapianto di organi da parte di strutture sanitarie
- Sottoposto/a a follow-up post trapianto

**CHIEDE**

il rimborso delle spese di viaggio sostenute:

- dallo stesso/a
- da un accompagnatore:

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
<b>Codice Fiscale</b>	<b>Nato/a a:</b>	<b>Prov.</b>	<b>il:</b>

Utilizzando:

- treno, nei limiti della tariffa ferroviaria di 2° classe
- utilizzo mezzo proprio secondo le vigenti tariffe A.C.I.
- aereo classe economica

Modalità di rimborso prescelta:

- in contanti presso qualsiasi sportello della Banca Intesa Sanpaolo Spa - Venezia;
  - accredito sul c/c dell'Istituto Bancario
- (allegare fotocopia codice IBAN)**

**IBAN**

Allega la seguente documentazione:

- certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria attestante i giorni in cui il/la richiedente si è sottoposto ad accertamenti medici. Va specificato che si tratta di interventi indicati al punto 1 della Delibera della Giunta Regionale della Regione Veneto 7 marzo 2006 n. 631
- ultima dichiarazione dei redditi attestante che il reddito IRPEF del nucleo familiare non supera 40.000,00 € annui
- stato di famiglia o autocertificazione da cui risulti il nucleo familiare
- ricevute fiscali delle spese sostenute

**Data**

**Firma**

**Data di presentazione**

**Firma dell'addetto**