REGIONE DEL VENETO
ULSS2 MARCA TREVIGIANA

DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE

DOMANDA PER RIMBORSO SPESE PER SOGGETTI TRAPIANTANDI / TRAPIANTATI D'ORGANO E MIDOLLO OSSEO E DONATORI D'ORGANI DA VIVENTE *(D.G.R. n° 631 del 07/03/2006)*

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il _____

residente a _____ (_____) CAP _____

in via/piazza _____ n. _____

tel. _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____Tessera Sanitaria n. _____

☐ iscritto nelle liste trapianti
☐ chiamato per l'effettuazione di un trapianto di organi da parte di strutture sanitarie pubbliche in altre Regioni o all'estero
☐ sottoposto a follow-up post trapianto

CHIEDE

☐ il rimborso delle spese di viaggio sostenute dallo stesso e da un suo accompagnatore tramite**:**

- ☐ treno, nei limiti della tariffa ferroviaria di 2ª classe;
- ☐ utilizzo mezzo proprio secondo le vigenti tariffe A.C.I. (allegare copia del libretto di circolazione);
- ☐ aereo nei limiti della tariffa (classe economica).

☐ il rimborso delle spese di soggiorno (vitto e alloggio) del paziente e di un suo eventuale accompagnatore nel periodo pre e post operatorio presso la località sede del Centro Trapianti (ovvero altre località indicate dal Centro medesimo nel caso venga richiesto da certificate esigenze cliniche), entro il limite giornaliero di € 150,00.

Allega, a tal fine, la seguente documentazione:
- certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria attestante i giorni in cui il richiedente si è sottoposto a trattamenti medici;
- dichiarazione oppure autocertificazione dei redditi, attestante che il reddito IRPEF del nucleo familiare fiscale non supera 40.000,00 € annui (escluso per i donatori di rene o fegato da viventi);
- autocertificazione da cui risulti il nucleo familiare;
- ricevute fiscali delle spese sostenute;
- attestazione della struttura che è necessario l'accompagnatore.

Chiede inoltre che il rimborso spese, sia eseguito mediante bonifico su c/c bancario o bancoposta esclusi i conti legati al libretto postale per il versamento delle pensioni.
Indicare Codice IBAN del titolare avente diritto:

firma

Luogo, data _____ _____

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Reg. UE 2016/679). Per ulteriori informazioni si rinvia espressamente alla "Informativa agli utenti" pubblicata nel sito aziendale www.aulss2.veneto.it, in quanto applicabile.

RISERVATO ALL'OPERATORE

☐ **TREVISO** ☐ **PIEVE DI SOLIGO** ☐ **ASOLO**

Inviare all'Ufficio Protocollo dell'Azienda ULSS 2 Marca trevigiana
Via Sant'Ambrogio di Fiera, 37 – 31100 Treviso - Orario: dal lunedì al venerdì 8.30-15.30
Email: protocollo@aulss2.veneto.it PEC: protocollo.aulss2@pecveneto.it