

DISTRETTO SOCIO SANITARIO  
DI LAMEZIA TERME  
UFFICIO RIMBORSI  
P-zza Borelli, 12 Lamezia Terme

## MODELLO INFORMATIVO

### PROCEDURA RIMBORSO SPESE VIAGGI PER DIALISI APPLICAZIONE DELLA LEGGE REGIONALE N° 36/86

Per ottenere il rimborso l'UTENTE deve:

**A – Presentare domanda in carta semplice secondo schema allegato (allegato 1)**

**B – Allegare alla domanda la seguente documentazione:**

- 1- Certificato Specialistico con diagnosi e indicazione del programma dialitico da effettuare;**
- 2- Certificazione originale dell'U.O. NEFROLOGIA E DIALISI indicante il numero e la data delle prestazioni effettuate;**
- 3- Certificazione della DISTANZA KILOMETRICA tra comune di residenza e comune presso cui è ubicata l'U.O. Nefrologia e Dialisi, rilasciata dal proprio Comune;**
- 4- Certificazione di RESIDENZA, del fruitore delle prestazioni e/o autocertificazione;**
- 5- Fotocopia Documento d'Identità + Fotocopia del Codice Fiscale del richiedente.**

La presentazione delle istanze potrà avvenire:

- Tramite sportello il Giovedì dalle ore 09:00 alle ore 10:30
- Tramite email dedicata: [rimborsilegge36lt@gmail.com](mailto:rimborsilegge36lt@gmail.com)

Per informazioni si può chiamare al numero 0968/208425 il Martedì e il Giovedì dalle ore 11:00 alle ore 12:00

DISTRETTO SOCIOSANITARIO  
DI LAMEZIA TERME  
UFFICIO RIMBORSI  
P-zza Borelli, 12 Lamezia Terme

**Oggetto: Richiesta di rimborso spese viaggi per dialisi L.R. N° 36/'86**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**PER SE STESSO**

**PER I PROPRI FAMILIARI**

**Il rimborso delle spese sostenute per viaggi effettuati per dialisi**

**A TALE SCOPO ALLEGA:**

- 1 – Certificazione originale dell'U.O. di Nefrologia e Dialisi indicante il numero e la data delle prestazioni effettuate;
- 2 – Certificazione della distanza chilometrica tra comune di residenza e comune presso cui è ubicata l'U.O. di Nefrologia e Dialisi, rilasciata dal proprio Comune;
- 3- Certificazione di residenza, del fruitore delle prestazioni (o autocertificazione);
- 4- Fotocopia del Documento di Identità + Fotocopia del Codice Fiscale del richiedente.

Lamezia Terme (data) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma)

**Distretto Sociosanitario di Lamezia Terme  
Piazza Borelli n.12  
88046 Lamezia Terme**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(ART. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritto/a .....  
(cognome e nome)

Nato/a a ..... (.....) il .....  
(luogo) (prov)

Residente a .....(.....) in via ..... n.....  
(luogo) (prov) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445,  
in caso di dichiarazioni mendaci e di formazioni o uso di atti falsi

Davanti al funzionario incaricato \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

(indicare gli stati, qualità personali o fatti necessari ai fini dell'autorizzazione richiesta ed autocertificabili ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Letto confermato e sottoscritto

Lamezia Terme \_\_\_\_\_  
(data)

Il dichiarante

.....

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

E' ammessa la presentazione anche via fax, per via telematica o a mezzo posta.

**REGIONE CALABRIA  
ASP CZ – AMBITO TERRITORIALE DI LAMEZIA TERME**

**ATTESTO CHE \_L\_ SIG. \_\_\_\_\_  
IDENTIFICATO \_\_\_\_\_**

Lamezia Terme \_\_\_\_\_  
(data)

**Il Funzionario incaricato \_\_\_\_\_**