

Al Responsabile P.S.T. \_\_\_\_\_

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

a seguito fruizione della seguenti prestazioni sanitarie \_\_\_\_\_

fruite presso \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_

### CHIEDE

**di poter beneficiare delle provvidenze economiche previste dalla Legge Regionale 29/03/1999 n. 8**

- per se/ per l'assistito \_\_\_\_\_
  - il rimborso delle spese di viaggio per € \_\_\_\_\_
  - il rimborso delle spese di permanenza per € \_\_\_\_\_
  
- per l'accompagnatore/ per entrambi i genitori \_\_\_\_\_
  - il rimborso delle spese di viaggio per € \_\_\_\_\_
  - il rimborso delle spese di permanenza per € \_\_\_\_\_

Allega alla presente:

- autorizzazione alla prestazione rilasciata da codesta ASP prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;
- documentazione medica della struttura attestante l'erogazione della prestazione, con indicazione del setting assistenziale (ricovero o ambulatorio);
- certificazione Centro Trapianti attestante che il soggetto è inserito nei primi 10 posti della lista d'attesa e che i tempi di attesa presumibilmente siano inferiori a mesi 6 (solo in caso di pazienti in attesa di trapianto ed esclusivamente per il rimborso spese di alloggio privato nei pressi del Centro Trapianti);
- documentazione originale delle spese sostenute :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma )

