Al Dirigente U.O.C. Convenzioni Strutture Private Accreditate e Trasporti Sanitari – AST Ancona

L.R. n. 65 del 17/11/1997 – DOMANDA RIMBORSO PER TRAPIANTO D'ORGANI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il __ __ / __ __ / __ __ __ __ Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residente a _____ Via _____

tel. cellulare o fisso _____ Indirizzo email _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 D.P.R. 445/2000)

IN QUALITÀ DI

☐ diretto interessato (Trapiantato)

☐ diretto interessato (Donatore)

☐ genitore

☐ tutore/curatore/amministratore di sostegno di (*allegare Decreto di nomina*)

☐ erede *(allegare atto notorio eredi)*

☐ delegato *(allegare delega)*

di: _____ C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CHIEDE

il riconoscimento del RIMBORSO per le spese sostenute, nel rispetto del tetto massimo rimborsabile previsto dalla LR 65/97, per:

☐ Esami preliminari ☐ Trapianto ☐ Controlli successivi

A tal fine

DICHIARA

di avere avuto la necessità di un accompagnatore: Sig./ra _____

C. F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

di essersi recato/a dalla propria residenza a: _____
con il seguente mezzo di trasporto:

☐ MEZZO PUBBLICO ☐ MEZZO PROPRIO/DI FAMILIARI/DI TERZI ☐ AMBULANZA

che le somme delle quali richiede il rimborso sono state effettivamente pagate e che non ha goduto di altri rimborsi per lo stesso titolo da parte di enti pubblici o privati.

COMUNICA

Che l'importo dovrà essere accreditato nel conto corrente ☐ proprio, oppure ☐ intestato a (*allegare delega*):

_____ C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

IBAN |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data _____ Firma dichiarante _____

Informativa breve sul trattamento dei dati personali ex artt. 13 e 14 del regolamento generale sulla protezione dei dati UE 2016/679 "GDPR"
TITOLARE DEL TRATTAMENTO: Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Ancona - Sede: Viale C. Colombo 106 - 60127 Ancona (AN) - PEC: ast.ancona@emarche.it
RESPONSABILE PROTEZIONE DATI (DPO) Tel.: 071.2911517 - e-mail: dpo.ast.an@sanita.marche.it

****

Riservata Ufficio:

Protocollo n. _____ Data _____