

OGGETTO : Richiesta rimborso viaggi:

- L.R. n. 27/1983 – Talassemia, emofilia, emolinfopatia**
- L.R. n. 11/85 – Nefropatia**
- L.R. n. 9/2004 – Neoplasie maligne**
- L.R. n. 12/2011 – Trapianti di cuore, fegato, pancreas.**

__I__ Sottoscritt _____
nat__ a _____ il _____
residente a Decimomannu in Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____
Telefono n. _____ cell. _____ Email _____

CHIEDE

- per se stesso;
- per _____
(in qualità Genitore/figlio/familiare/tutore/amministratore di sostegno del beneficiario)
nat__ a _____ il _____ residente a
Decimomannu in via _____ n. ____
Codice Fiscale _____
il rimborso di n. _____ viaggi relativi al mese _____ dell'anno _____.

A tal fine, 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. 445/200,

DICHIARA

1. che per i viaggi di cui è richiesto il rimborso è stato utilizzato il seguente mezzo:

o Mezzo pubblico

Costo del biglietto € _____

o Mezzo privato

Targa _____

Proprietario _____;

2. che le informazioni riportate e le certificazioni presentate sono veritiere;

3. che i viaggi dei quali viene richiesto il rimborso sono connessi alla propria specifica patologia.

Allega alla presente, in originale, la certificazione medica attestante l'effettuazione delle terapie e degli esami connessi alla propria patologia, debitamente timbrata e firmata, o dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa ai trattamenti effettuati.

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003, dichiara di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Decimomannu, _____

F I R M A
