

Al Direttore del
Distretto Sanitario "C" di Sora

Oggetto: Richiesta rimborso spese per trasporto dializzato.

Il/La sottoscritto/a (dializzato/a).....
nato/a a il provincia C.F.
..... residente a in via
..... n°....., recapito telefonico.....:

CHIEDE

Il rimborso delle spese sostenute per il trasporto proprio/del familiare..... dall'abitazione al Centro Clinico di per trattamenti dialitici con un totale A/R di KM tramite o

- Assegno non trasferibile inviato a domicilio;
- * IBAN

DICHIARA,

che il trasporto è stato effettuato a mezzo di vettura privata targata di proprietà del Sig. e che la conduzione del mezzo è stata effettuata dal Sig. nato a iltitolare di Patente di Guida n° rilasciata dalla Prefettura di in data , recapito telefonico

L'Assistito

Data	Firma del Conducente	Firma del Proprietario dell'Auto
------------	----------------------------	--

Si allega :

- Elenco ingressi nella Struttura;
- Copia carta di identità;
- Copia Codice Fiscale;
- *Copia eventuale Codice IBAN.

Distinti saluti.

..... li

In Fede

.....