



Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei dati personali, consultare la pagina internet <https://www.ausl.imola.bo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/7322>

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:**

- Copia del documento di identità del richiedente il contributo economico (**obbligatoria**)
- Copia del documento di identità della persona per la quale si sta chiedendo il rimborso (**obbligatoria in caso di delega**)
- Attestato del trattamento dialitico domiciliare rilasciato dal Centro Dialisi

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**SPAZIO PER EVENTUALE DELEGA**

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

residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DELEGA**

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**A PRESENTARE LA RICHIESTA DI CONTRIBUTO ECONOMICO ALL'ASL DI IMOLA**

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma Delegante \_\_\_\_\_

---

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO**

Istanza ricevuta in data: \_\_\_\_\_ presso lo Sportello Unico Distrettuale di:

Operatore matricola n° \_\_\_\_\_ sigla CUP \_\_\_\_\_

---

***In caso di presentazione allo sportello  
RILASCIARE COPIA DELLA PRESENTE AL RICHIEDENTE***

---