



ALL'AZIENDA USL DI IMOLA

Io sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente in _____
via _____ tel. _____

consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e che decadono i benefici ottenuti sulla base di dichiarazioni non veritiere

DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITÀ

PER OGNI SEDUTA DI DIALISI DI AVER PERCORSO CON AUTOVEICOLO
KM _____ (ANDATA E RITORNO)

DALLA MIA ABITAZIONE A _____

RICHIEDO

IL RIMBORSO DELLA SPESA SOSTENUTA PER LE CITATE PRESTAZIONI SANITARIE,
CUI HO DOVUTO FAR RICORSO PER ME MEDESIMO
O PER IL FAMILIARE _____ , MEDIANTE:

QUIETANZA DIRETTA PRESSO LA TESORERIA - BANCA POPOLARE SOCIETA' COOP.;

ACCREDITAMENTO SUL C/C BANCARIO CON LE SEGUENTI COORDINATE IBAN:

PAESE	C.D.	CIN	ABI	CAB	CONTO
_	_	_	_ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _

INTESTATO A _____

(da indicare solo se non si è intestatario / cointestatario del conto)

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, li _____ Il dichiarante _____
(luogo e data) *(firma per esteso e leggibile)*

La sottoscrizione della dichiarazione/istanza è stata apposta in mia presenza dall'interessato identificato mediante _____ n. _____
rilasciato da _____ in data _____ .

_____, li _____ Il dipendente addetto _____

Qualora la dichiarazione/istanza non possa essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto a riceverla, la dichiarazione/istanza dovrà essere sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.