

MODELLO R5 - RIMBORSI

DOMANDA DI RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE ALL'ESTERO PER TRAPIANTI D'ORGANO - MIDOLLO OSSEO E DONATORI D'ORGANO

Al Distretto Socio Sanitario n. ____
U.L.S.S. N. 20 - VERONA

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ e residente a _____

(Cap) _____ Via _____ n. _____

n. di telefono _____

CHIEDE

il rimborso, ai sensi della DGRV n. 631/06, delle spese sostenute in occasione di

accertamenti preventivi

intervento

accertamenti successivi

PER

trapianto d'organo (per trapiantati e trapiantandi)

trapianto di midollo osseo

in qualità di donatore d'organo

per sé: Tess. Sanitaria n. _____ Cod. Fiscale n. _____

per il familiare _____

(cognome e nome; data di nascita; relazione di parentela)

Tess. Sanitaria _____ Cod. Fiscale n. _____

In particolare, il sottoscritto chiede il rimborso delle sottoelencate spese sostenute durante il trasferimento presso la Clinica _____

di _____:

spese di viaggio, effettuato con il seguente mezzo di trasporto: _____

(qualora sia stato indicato quale mezzo di trasporto un automezzo privato indicare la marca – la cilindrata – l'alimentazione)

e sostenute:

per sé

per l'accompagnatore

spese di soggiorno sostenute:

per sé

per l'accompagnatore

Allega la seguente documentazione in originale, debitamente quietanzata:

n. ____ ricevute per spese di viaggio

n. ____ ricevute per spese di soggiorno.

Chiede, inoltre che il rimborso venga accreditato presso la banca _____

sul C/C n. _____ intestato a _____ ABI _____ CAB _____,

o con le seguenti modalità di pagamento: _____.

Ai fini del rimborso, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 26 della legge 15/1968, richiamato dall'art. 6, comma 2, del D.P.R. 103/1998

DICHIARA

che il proprio nucleo familiare è composto, oltre che dal sottoscritto, dalle seguenti persone:

(cognome e nome) (data di nascita) (luogo di nascita)

(cognome e nome) (data di nascita) (luogo di nascita)

(cognome e nome) (data di nascita) (luogo di nascita)

(cognome e nome) (data di nascita) (luogo di nascita)

che il reddito imponibile prodotto dalle suddette persone nell'anno _____ è il seguente:

(cognome e nome) (data di nascita) (reddito imponibile prodotto)

(cognome e nome) (data di nascita) (reddito imponibile prodotto)

(cognome e nome) (data di nascita) (reddito imponibile prodotto)

(cognome e nome) (data di nascita) (reddito imponibile prodotto)

Data, _____

Firma _____