

**Oggetto: Richiesta erogazione benefici ai sensi della L.R. 21 aprile 1998 n. 29 e successive modifiche e Integrazioni. Rimborso spese viaggi per Dializzati e Trapiantati di rene.**

Il/La sottoscritto/a ..... nato a .....(.....)

Il ..... residente a .....(.....)

Via ..... n. ....

tel. fisso ..... cellulare .....

e-mail .....

codice iban bancario per l'accreditamento del rimborso .....

☐ Affetto da "uricemia cronica" è in trattamento dialitico periodico ospedaliero presso l'U.O. di  
Nefrologia e Dialisi del P.O. di ..... dal .....

☐ Sottoposto a trapianto di reni in data .....

#### CHIEDE

**IL RIMBORSO DELLE SPESE PER I VIAGGI SOSTENUTI, COME PREVISTO DALL'ARTICOLO 5 L.R. 14/11/1978 N.69;**

- Dichiara altresì di non aver effettuato uguale richiesta di rimborso spese ad altri Enti;

Si allega alla presente richiesta la seguente documentazione:

- certificato medico rilasciato dal Centro Dialisi di riferimento .....
- copia documento di identità
- copia della Tessera Sanitaria
- codice iban

Data .....

Firma dell'assistito .....