



Azienda Sanitaria Locale n. 2 Lanciano - Vasto - Chieti

U.O.C. Area Distrettuale I

Direttore Dott. Renato Lisio

Punto Unico di Accesso (PUA)

Distretto Sanitario Francavilla al Mare pua.francavilla@asl2abruzzo.it 085/9174227

Distretto Sanitario Chieti pua.chieti@asl2abruzzo.it 0871/357877

Distretto Sanitario Ortona pua.ortona@asl2abruzzo.it 085/9173312

OGGETTO: richiesta erogazione benefici ai sensi dell'art.2 comma 1, a) b) c) (Trapianti) del Regolamento Regionale n° 2 del 09/11/2000 e successive modifiche e integrazioni.

Il/La sottoscritt _____ nato/a _____
il _____ C.F. _____ residente a _____
via _____
Tel _____ affetto da _____

In cura presso il Centro Ospedaliero di _____

Avendo effettuato:

Tipizzazione tissutale presso:

1. _____ KM A/R

2. _____ KM A/R

3. _____ KM A/R

Trapianto di _____ in data _____
Presso _____ KM A/R _____

CHIEDE

1. **(PRIMA RICHIESTA)** L'erogazione dei benefici in oggetto e allega la seguente documentazione:

- Certificato attestante l'iscrizione in lista di attesa presso un Centro Trapianti del territorio nazionale
- Attestazione delle avvenute tipizzazioni
- Ricevute spese viaggi (se effettuati con mezzi pubblici)

2. **INTEGRAZIONE DOCUMENTAZIONE** di richiesta effettuata

il _____

- _____
- _____
- _____

➤ Per tipizzazioni tissutali

1. certificazione attestante l'iscrizione in lista d'attesa presso un Centro Trapianti del territorio nazionale
2. attestazioni delle avvenute tipizzazioni
3. ricevute spese viaggi (se effettuate con i mezzi pubblici)

➤ Per trapianti

1. certificazione avvenuto trapianto
2. attestazione di controlli periodici post trapianto
3. ricevute spese viaggi per i casi 1. 2. (se effettuati con mezzi pubblici)

DATA _____

FIRMA _____