



ASL 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI
U.O.C. AREA DISTRETTUALE 1
Direttore Dott. Renato Lisio
Distretto Sanitario di Francavilla al Mare

Tel. 085/9174201 e-mail: areadistrettuale1@asl2abruzzo.it

Prot. n° _____

RICHIESTA DI BONUS ELETTRICO PER DISAGIO FISICO

Oggetto: Certificazione ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del Decreto interministeriale 28 dicembre 2007 recante "Determinazione dei criteri per la definizione delle compensazioni della spesa sostenuta per la fornitura di energia elettrica per i clienti economicamente svantaggiati e per i clienti in gravi condizione di salute" e del Decreto Ministeriale 13 gennaio 2011 "Individuazione delle apparecchiature medico-terapeutiche alimentate ad energia elettrica necessarie per il mantenimento in vita di persone in gravi condizioni di salute"

Il sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ residente a _____

Via _____ n. _____ Codice Fiscale _____

Tel _____ Email: _____

CHIEDE

per se medesimo

in favore di _____

nato a _____ Il _____ residente a _____

via _____ n. _____ Codice Fiscale _____

la concessione del bonus elettrico per disagio fisico ai sensi della normativa citata in oggetto.

A tal fine allega la seguente documentazione:

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa di cui all'art.13 del D.Lgs.196/2003, **acconsente**, ai sensi dell' art. 23 del predetto decreto, **al trattamento ed alla comunicazione dei suoi dati personali** ad opera dei soggetti indicati nella suddetta informativa nei limiti di cui alla stessa. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa e sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca da parte dell'interessato.

Data: _____

FIRMA _____



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 _____