

OGGETTO: Richiesta di rimborso spese sostenute in materia di trapianto e donazione
(L.R. n.8/2001, art.6)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ Via _____ n° _____
tel _____ e_mail _____
Codice Fiscale _____

CHIEDE

☐ per sé

☐ per _____ in qualità di _____
(indicare il rapporto di parentela, altro, ...)

la concessione di un contributo a titolo di rimborso delle spese sostenute per:

☐ esami preliminari e ☐ trapianto ☐ espianto ☐ controlli post-operatori o per
tipizzazione eventuali complicanze

A tal fine allega la seguente documentazione:

- attestazione iscrizione nella lista di attesa presso una struttura regionale del FVG;
 - certificazione attestante l'effettuazione delle prestazioni correlate all'intervento di trapianto (*esami preliminari - tipizzazione tissutale - certificato di ricovero intervento di trapianto e/o di espianto – certificati dei controlli successivi*), rilasciate dall'istituto in cui è stata erogata la prestazione;
 - certificazione sanitaria, rilasciata dalla centro clinico dove vengono effettuate le prestazioni, attestante la necessità dell'accompagnamento, nella quale deve essere riportato il periodo in cui l'accompagnamento si è reso necessario;
 - copia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
 - documentazione in originale dimostrativa delle spese sostenute.
- dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, che i dati e le informazioni sopra riportate vengono rese a titolo di autocertificazione ai sensi dell'art.46 del D.P.R n.445/2000;
 - dichiara di essere informato/a, secondo quanto previsto dal D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

