

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE
per residenti in Toscana che si recano presso i centri di trapianto extraregionali
(L.R. 21 febbraio 2019, n. 12)

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ prov.
(_____)

il _____ residente a _____ prov. (_____)

Via/Piazza _____

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

tel. _____ cellulare _____

mail: _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii, in quanto (*barrare la voce corrispondente*):
in quanto GENITORE/TUTORE LEGALE¹ di:

Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita: _____

Codice fiscale: _____

Residente in: _____

CHIEDE

1. il rimborso relativamente alle spese sostenute per di vitto, alloggio, e viaggio (vedi documenti fiscali allegati) per il minore e l'accompagnatore Sig/ra _____ nato/a _____ il _____ residente a _____ in via _____ per le prestazioni effettuate presso il Centro Trapianti extraregionale di _____ dal _____ al _____ per le seguenti motivazioni (*barrare la voce corrispondente*)

- ☐ visita di valutazione per inserimento in lista di attesa per trapianto di organo/CSE, esami preliminari, tipizzazione
- ☐ visita di controllo per il mantenimento in lista di attesa, procedure diagnostiche e chirurgiche in previsione del trapianto
- ☐ intervento di trapianto o di re-trapianto
- ☐ ricovero per complicanze post trapianto
- ☐ controlli post trapianto

a tal fine

DICHIARA

che, il minore

- ☐ è già iscritto nella lista nazionale pediatrica
- ☐ ha intrapreso il percorso finalizzato alla iscrizione nella lista nazionale pediatrica

¹ Allegare dichiarazione sostitutiva sottoscritta e resa dal tutore, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, nella quale si attesti la propria qualità di tutore del beneficiario del rimborso e si indichi l'autorità che ha emesso il decreto di nomina con gli estremi dell'atto di nomina.

