

**Modulo per la richiesta di rimborso spese sostenute per esami di
approfondimento della compatibilità tissutale**

Spett.le A.S.L. _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ e
residente a _____ via _____ n. _____ iscritto/a nel Registro
Regionale dei potenziali donatori di midollo osseo della Regione _____,
essendosi sottoposto/a ad esami di approfondimento della compatibilità tissutale per la donazione di
sangue midollare o di cellule staminali da sangue periferico nel periodo _____
presso la struttura ospedaliera _____,

CHIEDE

Ai sensi dell'art.6 della legge regionale n.23 del 18 dicembre 2007 il rimborso delle spese di
viaggio sostenute per gli esami sopra citati:

- n. __ viaggi sostenuti con mezzo proprio da _____ a _____ km.A.R. __;
- n. __ viaggi sostenuti con mezzi pubblici da _____ a _____

Il/la sottoscritto/a, nel dichiarare di non aver presentato analoga richiesta ad altri enti o istituzioni,
allega alla presente domanda di rimborso la seguente documentazione comprovante gli esami
effettuati e le spese sostenute (titoli di viaggio...): _____.

Si comunica il Codice IBAN per eventuali accrediti bancari: _____.

*Il/La sottoscritto/a, con la firma del presente documento, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 autorizza
codesta Azienda Sanitaria al trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili,
esclusivamente per la definizione della procedura di rimborso.*

Data, _____

Firma
