



**AZIENDA USL TOSCANA SUD EST**  
SEDE LEGALE: via Curtatone 54, 52100 Arezzo P.I. E C.F. 02236310518  
SEDE OPERATIVA GROSSETO: Viale Cimabue 109, 58100 Grosseto

Al Direttore della Zona Distretto \_\_\_\_\_

### MODULO PER RICHIESTA CONTRIBUTO SPESE TRASPORTO PER DIALISI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. Fisso/cellulare nr. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

ai sensi della delibera della Giunta Regionale Toscana n° 1061 del 10/10/2000, di poter accedere al contributo per le spese di trasporto per raggiungere la struttura sanitaria per effettuare terapia dialitica presso lo stabilimento ospedaliero di \_\_\_\_\_, prov. (\_\_\_\_). A tal fine,

#### DICHIARA

di aver svolto nel mese di \_\_\_\_\_ dell'anno \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ sedute a settimana per un totale di nr. \_\_\_\_\_ prestazioni di terapia dialitica, secondo la programmazione concordata,

di aver utilizzato per raggiungere la sede sanitaria: (selezionare l'ipotesi ricorrente)

a) mezzo privato per nr. \_\_\_\_\_ viaggi in andata e ritorno dalla propria residenza alla struttura sanitaria, pari complessivamente a km \_\_\_\_\_

b) mezzo pubblico (autobus/treno) per nr. \_\_\_\_\_ viaggi in andata e ritorno dalla propria residenza alla struttura sanitaria, ed allega la relativa documentazione della spesa sostenuta per complessivi

€ \_\_\_\_\_;

Il contributo potrà essere erogato con accredito su:

-c/c bancario o postale con IBAN

-carta prep. con IBAN

-poste pay evolution con IBAN

il cui codice IBAN è \_\_\_\_\_

#### ALLEGA:

documentazione attestante l'avvenuta spesa per il trasporto pubblico

copia documento di identità in corso di validità (da allegare all'atto della prima istanza di contributo)

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del vigente Codice in materia di protezione dati personali, di cui al D. Lgs. 196/2003 e s.m.i come modificato dal D. Lgs. n. 101/2018 di adeguamento al Reg. 2016/679 UE, che i dati acquisiti con la presente istanza vengono trattati dagli enti interessati in maniera lecita corretta e trasparente esclusivamente per le funzioni connesse all'erogazione della misura economica richiesta. Titolare del trattamento è AUSL TOSCANA SUD EST con sede legale in Arezzo Via Curtatone nr. 54, 52100 Arezzo (ausltoscanasudest@postacert.toscana.it)

Il conferimento dei dati personali, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento comporta l'impossibilità di accedere alla misura economica richiesta. I dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non per ottemperare ad eventuali richieste degli organi giudiziari e di controllo e non saranno oggetto di diffusione.

I dati saranno conservati presso gli uffici preposti per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

Ai soggetti interessati è riconosciuto il diritto di accedere ai dati personali che li riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati ([privacy@uslsudest.toscana.it](mailto:privacy@uslsudest.toscana.it)) - I soggetti interessati possono inoltre proporre reclamo al Autorità di Controllo Garante per la protezione dati personali, [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it) - e mail [garante@gpdp.it](mailto:garante@gpdp.it), come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile)

#### DA COMPILARE A CURA DELLA STRUTTURA SANITARIA:

Il sottoscritto Dirigente della U.O. Nefrologia e dialisi dello stabilimento ospedaliero di \_\_\_\_\_ attesta che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_:

- è in terapia dialitica ed effettua nr. \_\_\_\_\_ sedute settimanali
- ha effettuato nel mese di \_\_\_\_\_ dell'anno \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ complessivi trattamenti dialitici.

Timbro e Firma

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Forme di trasporto autonome**

L'Azienda USL Toscana sud est, per i propri cittadini residenti autosufficienti in trattamento dialitico che si avvalgono dei mezzi propri o pubblici per raggiungere il Centro Dialisi, ha previsto l'erogazione di un contributo/rimborso per le spese di trasporto sostenute dagli stessi.

Per il contributo/rimborso si considera la distanza dal luogo di dimora al centro dialitico e la modalità è quella prevista per i viaggi extraurbani o urbani come di seguito specificato.

### **Viaggi extraurbani**

I viaggi extraurbani, compresi quelli da una frazione del comune al centro dialisi, se effettuati con mezzi pubblici collettivi (*autobus e treno*), comportano il rimborso della intera spesa sostenuta e documentata;

Se effettuati con mezzi privati, compreso il *taxi*, comportano l'erogazione di un contributo pari a 1/5 del costo della benzina super per ogni km percorso in andata e in ritorno, calcolato, all'inizio di ciascun mese, con riferimento ai prezzi medi nazionali mensili della benzina senza piombo rilevati dal Ministero dello Sviluppo Economico, compreso il rimborso delle spese documentate per pedaggi autostradali.

In alternativa il paziente può chiedere l'erogazione del contributo forfetario previsto per i viaggi urbani come sotto riportato;

### **Viaggi urbani**

Sia con mezzo pubblico che con mezzo privato comportano l'erogazione di un contributo forfetario annuale pari a € 402,84 (L. 780.00) se i trattamenti settimanali sono 3, di € 268,56 (L. 520.000) se i trattamenti sono 2 e di € 134,28 (L. 260.000) in presenza di un solo trattamento settimanale.

Il contributo annuale è frazionabile in dodicesimi per quanti sono i mesi nei quali il paziente fruisce del trattamento di dialisi, e, se necessario in rapporto al periodo di frequenza, in cinquantunesimi per quante sono le settimane di trattamento.

- *I contributi/rimborsi previsti per i viaggi urbani ed extraurbani vengono erogati dall'Azienda USL Toscana Sud Est previa verifica da parte del liquidatore della correttezza della documentazione di spesa presentata e del chilometraggio indicato.*