AZIENDA USL TOSCANA SUD EST
P.IVA/C.F. 02236310518
SEDE LEGALE: Via Calamandrei 173, 52100 Arezzo
PEC: ausltoscanasudest@postacert.toscana.it

SEDE OPERATIVA GROSSETO: Viale Cimabue 109, 58100 GR
SEDE OPERATIVA SIENA: Piazza Carlo Rosselli 26, 53100 SI
SEDE OPERATIVA AREZZO: Via Calamandrei 173, 52100 AR

Al Direttore della Zona Distretto _____

MODULO PER RICHIESTA CONTRIBUTO SPESE TRASPORTO MEZZO PROPRIO PER DIALISI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. ___

il _____ residente/domiciliato/domicilio sanitario a _____

Via _____ n. _____ CAP _____

oppure (in caso di soggiorno estivo)

temporaneamente presente a _____ Via _____ n. _____

CAP _____

Codice Fiscale _____ recapito telefonico _____

indirizzo 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. ____

oppure (in caso di struttura privata accreditata)

denominazione struttura "_____" di _____ prov. _____

A tal fine,

DICHIARA

☐ di aver svolto nel mese di _____ dell'anno _____ n. ____ sedute a settimana per un totale di n. _____ prestazioni di terapia dialitica, secondo il piano terapeutico stabilito, e di aver utilizzato per raggiungere la struttura sanitaria:
(***selezionare la modalità utilizzata***)

☐ a) mezzo privato per n. _____ viaggi in andata e ritorno dalla propria residenza/domicilio come sopra specificato alla struttura sanitaria sopra indicata, pari complessivamente a km _____

☐ b) mezzo pubblico (autobus/treno) per n. _____ viaggi in andata e ritorno dalla propria residenza/domicilio come sopra specificato alla struttura sanitaria sopra indicata, 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 _____

ALLEGATI:

- **documentazione attestante l'avvenuta spesa per il trasporto pubblico**;
- **copia documento di identità in corso di validità**.

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 Calamandrei n. 173, 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) – I soggetti interessati possono inoltre proporre reclamo al Autorità di Controllo Garante per la protezione dati personali, www.garanteprivacy.it – e mail 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 Medico _____ della U.O. Nefrologia e dialisi dello stabilimento ospedaliero di _____ prov. _____

oppure (in caso di struttura privata accreditata)

denominazione struttura "_____" di _____ prov. _____

attesta che il/la Sig./Sig.ra _____ :

- è in terapia dialitica ed effettua n. _____ sedute settimanali;
- ha effettuato nel mese di _____dell'anno _____ n. _____ complessivi trattamenti dialitici.

Data _____ Timbro e Firma _____