Modulo per richiesta rimborso spese sostenute per la donazione di midollo osseo o di cellule staminali da sangue periferico

Spett.le ASL_____

_____

Il/la sottoscritto/a_____ nato/a il_____
residente a_____ in via_____
iscritto nel registro regionale dei potenziali donatori di midollo osseo della Regione_____, avendo effettuato la donazione di midollo osseo/di cellule staminali da sangue periferico nel periodo_____,presso la struttura ospedaliera_____

CHIEDE

Ai sensi dell'art. della legge regionale n. il rimborso delle spese sostenute per la donazione, secondo le modalità previste dall'art.2 della citata legge:

a) **per esami preliminari alla donazione**: (*indicare quali*)_____
_____-viaggi sostenuti con mezzo proprio o pubblico: (*specificare*) _____tot. Km A.R._____
b) **viaggi sostenuti per la donazione** (*indicare se effettuati con mezzo proprio o con mezzi pubblici*) _____tot. Km A.R._____
c) **spese di vitto e alloggio per la donazione** (*dettagliare le spese eventualmente anche per un accompagnatore*) _____;
d) **spese di viaggio per controlli successivi**_____
tot. Km A.R._____

Il sottoscritto, nel dichiarare di non aver presentata analoga richiesta ad altri enti o istituzioni, allega alla presente domanda di rimborso la documentazione comprovante le spese sostenute.
Si comunicano le coordinate bancarie per eventuali accrediti: Codice IBAN.....
Il sottoscritto, 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 del richiedente

_____