

Trieste, \_\_\_\_\_

ALL'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA  
GIULIANO ISONTINA

Oggetto: richiesta di rimborso  
spese di trasporto per  
trattamento emodialitico  
ambulatoriale o dialisi  
peritoneale

**Il sottoscritto** \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

**DISTRETTO SANITARIO n.** \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE** \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

a codesta rispettabile Azienda l'assegnazione del sussidio a favore delle persone nefropatiche previsto dall'art. 79 , comma 2 , lett. b) della L.R. 28.4.1994 n.5 a titolo di rimborso delle spese sostenute per il trasporto dal proprio domicilio al Servizio di Nefrologia e Dialisi e ritorno .

\_\_\_\_\_  
firma

allegati :  
**DELEGA**

**NOTA :**

**rimborso in contanti**

**bonifico bancario – IBAN** \_\_\_\_\_