

Trieste, _____

AL DISTRETTO SANITARIO n. 4
Assistenza dializzati e trapiantati
Via G. Sai 7 - 31428 TRIESTE

Oggetto : Richiesta di rimborso spese sostenute in materia di trapianto e donazione.

Con la presente, il /la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

tel. _____ / _____

in qualità di (indicare grado di parentela)

▪ coniuge ▪ figlio/a ▪ genitore ▪ _____

del/la Sig.ra _____

deceduto/a presso l'Ospedale di Cattinara – Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

in data _____ per il/la quale è stato dato il consenso al prelievo di

organi/tessuti a scopo di trapianto

CHIEDE

di usufruire del rimborso spese come da indicazione della L.R. n.8/2001 , art.6 , commi 2 , 3, 4 , e 5

e alla delibera della Giunta regionale n.1617 dell'11 maggio 2001 avente per oggetto : **rimborso**

delle spese sostenute in materia di trapianto e donazione.

In fede.

Allegati : - n. _____ ricevute in originale delle spese sostenute
- documentazione comprovante l'atto di donazione