

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

## CERTIFICAZIONE CENTRO DIALISI

Si certifica che il/la Sig.ra (nome cognome)

Nato/a a

il

C.F.

Residente a

Via

n.

Affetto da Insufficienza Renale Cronica sottoposto a trattamento dialitico, presso il Centro Dialisi di

Dal

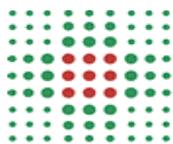
al

Ha effettuato n. \_\_\_\_\_ dialisi

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Data

Firma e Timbro



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

## **RICHIESTA DI RIMBORSO CHILOMETRICO**

Il Sottoscritto (nome cognome)

Nato/a a

il

Codice fiscale

Residente a

in Via

N.

Affetto da Insufficienza Renale Cronica sottoposto a trattamento dialitico presso il Centro Dialisi di

### **DICHIARA**

- Di aver effettuato nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
n.° \_\_\_\_\_ trattamenti, comportanti n° \_\_\_\_\_ trasporti (andata e ritorno)  
di Km \_\_\_\_\_ a viaggio per complessivi Km \_\_\_\_\_
- Di aver utilizzato l'autovettura di proprietà \_\_\_\_\_  
Marca \_\_\_\_\_ Targa \_\_\_\_\_  
Condotto da \_\_\_\_\_
- Coordinate bancarie per accredito IBAN.....

Il Sottoscritto/a precisa che è impossibilitato all'uso dei comuni mezzi di trasporto pubblico poiché:

- Risultano disagiati in ragione delle proprie condizioni fisiche
- Rendono problematico il rispetto degli orari fissati per i trattamenti.

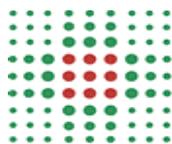
**IL PROPRIETARIO ED IL CONDUCENTE L'AUTOVETTURA DICHIARANO DI ASSUMERSI A LORO TOTALE CARICO LA RESPONSABILITA' DEL TRASPORTO.**

Data \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

IL PROPRIETARIO  
dell'autovettura

IL CONDUCENTE  
dell'autovettura



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**  
**EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

**SPAZIO RISERVATO ALL' AUSL DI PARMA**

Esaminata la documentazione si esprime parere al rimborso

POSITIVO

NEGATIVO

Per i seguenti motivi

---

---

Data

Firma e Timbro

---