ALLEGATO C)

Al Centro Dialisi ASL Medio Campidano

RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO TRASPORTO NEFROPATICI

Il/La sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_

Affetto da Patologia cronica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di accedere al Servizio di Trasporto per pazienti Nefropatici cronici sottoposti a trattamento dialitico, residenti nell’ambito territoriale della ASL Medio Campidano, o provenienti dalle zone limitrofe dell’Alto e Basso Campidano, per recarsi dal proprio domicilio sito in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, al Centro Dialisi di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un totale di Km\_\_\_\_\_\_\_\_, nei giorni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nell’orario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

A tal fine

**DICHIARA**

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.445 del 24.12.2000 consapevole delle sanzioni penali in cui incorrerà nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, così come disposto dall’art. 76 del D.P.R. n° 445/2000

1) Di scegliere quale Associazione di Volontariato iscritta nel Registro ASL Medio Campidano:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con utilizzo del seguente mezzo idoneo:

* l'autovettura;
* l'autolettiga;
* il furgone finestrato (per pazienti non deambulanti, comunque non trasportabili con altri mezzi o in carrozzina con accompagnatore);
* l’ambulanza tipo B (per pazienti non autosufficienti, allettati e non trasportabili con altri mezzi).

2) Di aver preso visione del Regolamento Aziendale per il trasporto dei pazienti Nefropatici dell’Azienda Socio Sanitaria del Medio Campidano.

3) Di non beneficiare di rimborsi per lo stesso titolo, da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali e regionali, pena esclusione dal Servizio.

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Direttore della SC. Nefrologia e Dialisi, verificata la necessità del servizio da parte del richiedente, autorizza l’utilizzo del mezzo di trasporto indicato.

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_