

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p><b>Regione Lombardia</b> <b>ASST Rhodense</b></p>	<p><b>Dichiarazione mensile dei viaggi effettuati con vettura privata per recarsi al Centro Dialisi e domanda di rimborso chilometrico</b></p>	
---	--	--

Alla ASST RHODENSE

Il/la sottoscritto/a .....

nato il ..... a .....

residente a ..... in via .....

domiciliato a ..... in via ..... tel.....

Banca.....IBAN.....

**consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni non veritiere è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. n. 445/2000)**

### SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ DICHIARA

Di aver effettuato con mezzo proprio e di richiedere il rimborso chilometrico per N.....viaggi di andata e ritorno dal proprio domicilio al Centro Dialisi di..... nel mese di .....

Allegare dichiarazione del Centro Dialisi con il numero di dialisi effettuate

**L'ammontare dei chilometri rimborsabili sarà calcolato dalla ASST sulla base del percorso più breve rilevato con "google maps"**

IL RICHIEDENTE

.....

DATA, .....

A cura della ASST

Si autorizza il rimborso di Km \_\_\_\_\_ Firma dell'operatore \_\_\_\_\_

€ \_\_\_\_\_