


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

€ _____