

Al Direttore Generale
dell' Azienda Sanitaria Locale di Potenza
(A. S. P.)
POTENZA

Il / La sottoscritt _____

nat__ il _____ a _____

e residente a _____ in _____

C.F. _____ madre o padre di _____

_____ nato il _____

trapiantato di / in attesa di trapianto _____

in data _____ presso _____

CHIEDE

che ____ venga concessa il rimborso (forfettario) o delle spese sostenute
per vitto e alloggio e le spese di viaggio effettuato con mezzo _____

_____ accompagnat _____

il giorno _____ presso _____

(firma)

Data _____