



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

All' Azienda Sanitaria Locale di  
POTENZA

IL/La sottoscritta \_\_\_\_\_  
nat \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ madre o padre \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

Trapiantato di / in attesa di trapianto \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

CHIEDE

che \_\_\_ venga concesso il rimborso (forfettario) o delle spese sostenute per vitto e alloggio e le  
spese di viaggio effettuato con mezzo \_\_\_\_\_  
accompagnato/a \_\_\_\_\_  
il giorno \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)