



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

All'Azienda Sanitaria di Potenza
Direzione del Distretto Sanitario di II Livello

di

Oggetto: Richiesta concessione mezzo di trasporto per emodializzato non autosufficiente.

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a il

Residente/Domiciliato/a in

alla Via N

Affetto/a da insufficienza renale cronica in trattamento dialitico cronico presso il Centro di dialisi di

..... nei giorni

..... dalle ore

alle ore..... (orario presuntivo di fine dialisi salvo particolari problematiche tecniche o cliniche).

CHIEDE

di usufruire dei benefici previsti dal D. G. R. n. 1450 del 16/09/2008

A tal proposito allega alla presente domanda la documentazione sanitaria utile alla valutazione di non autosufficienza.

Data,

Firma