

Al Centro Regionale Trapianti Sicilia  
c/o ARNAS Civico  
Piazza Nicola Leotta, 4  
90127 Palermo

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
c.f. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
indirizzo mail \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli  
atti, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

#### CHIEDE

in qualità di \_\_\_\_\_ (inserire grado di parentela)  
del/della defunto/a \_\_\_\_\_  
il rimborso delle spese sostenute per il trasporto della salma effettuato dalla ditta  
\_\_\_\_\_  
dall'Azienda Ospedaliera \_\_\_\_\_  
al cimitero del Comune di \_\_\_\_\_  
per un importo complessivo di €. \_\_\_\_\_ (da compilare a cura del CRT)  
con accredito su c/c IBAN \_\_\_\_\_  
intestato a \_\_\_\_\_

Data

Firma

Si allegano alla presente richiesta:

- Copia con quietanza di pagamento della fattura dell'Agenzia di Onoranze Funebri intestata al richiedente;
- Copia del codice fiscale e della carta di identità del richiedente;
- Copia del codice fiscale e della carta di identità dell'intestatario del conto corrente se diverso dal richiedente.