



KPT, Casella postale, CH-3001 Berna  
kpt.ch

Mittente

KPT  
Casella postale  
3001 Berna

## Indennità per la perdita di guadagno e/o altra spesa del donatore in seguito a donazione di rene, fegato o cellule staminali

Tipo di trapianto \_\_\_\_\_  
Ospedale esecutore \_\_\_\_\_

### Donatore/Donatrice

Nome, Cognome \_\_\_\_\_ Professione svolta \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Indipendente \_\_\_\_\_  
NPA/Località \_\_\_\_\_ Dipendente \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_  
Rapporto con il/la ricevente \_\_\_\_\_  
Assicuratore malattia \_\_\_\_\_ Polizza n. \_\_\_\_\_

### Datore di lavoro del donatore / della donatrice

Società \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
NPA/Località \_\_\_\_\_  
Banca \_\_\_\_\_ Conto bancario \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_

### Ricevente

Nome, Cognome \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
NPA/Località \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_  
Assicuratore malattia \_\_\_\_\_ Polizza n. \_\_\_\_\_

### Allegati

Per il rimborso di spese ulteriori occorre presentare i seguenti giustificativi originali:

Attestato di lavoro del datore di lavoro (solo per dipendenti)  
Ultima imposizione definitiva (solo per lavoratori indipendenti)  
Conteggio del salario mensile  
3 – 6 conteggi del salario mensile (per dipendenti con salario orario)  
Certificato medico conclusivo per la durata dell'incapacità lavorativa  
Polizza di versamento del datore di lavoro o della ditta  
Ricevute / giustificativi vari

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del donatore/  
della donatrice \_\_\_\_\_