COMUNE DI MASCALUCIA

Città Metropolitana di Catania
Area Servizi Sociali e Culturali

All'Ufficio di Servizio Sociale
Comune di Mascalucia

OGGETTO: RIMBORSO SPESE CENTRO RIABILITAZIONE – ANNO 2024.

Il/La sottoscritto/a_____nato/a a _____

Il_____ residente a Mascalucia via _____

C.F.___/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ telefono_____

nella qualità di genitore/ tutore/ coniuge dell'assistito/a_____

ammesso/a alle prestazioni riabilitative al Centro _____

in regime di semiinternato/ ambulatoriale per n°_____ giorni mensili per n° ____mesi dell'anno 2024

CHIEDE

Alla S.V. ai sensi della L.L. R.R. n.68/81, 16/86 e L. 104/92 la concessione di un contributo a fronte delle spese sostenute nell'anno 2024 per la frequenza del suddetto Centro di riabilitazione .
A tal fine dichiara di essere titolare del **conto corrente bancario (o posta pay evolution) intestato a** :

_____

Codice Iban :

I	T																									

Allega alla presente:

1. copia documentazione sanitaria attestante la disabilità ai sensi della L.104/92;
2. copia codice fiscale
3. copia della carta d'identità;
4. certificato di frequenza rilasciato dal Centro di Riabilitazione.
5. Copia dei dati conto corrente su cui accreditare il contributo.

Firma _____

Si autorizza il Comune di Mascalucia al trattamento dei dati personali secondo quanto previsto della normativa a tutela della Privacy ai sensi dell' art.13 del D.LGS 196/93 e dell' art. 13 GUPR 679/16 .

Firma _____