

Class. 7/12/0

Al Comune di Tempio Pausania
Settore dei servizi alla persona ed alle
Imprese -
Ufficio Servizi sociali
Piazza Gallura,3
07029 Tempio Pausania

Oggetto: Richiesta rimborso varie patologie

- ☐ **Ammissione** ☐ **Rinnovo**
- ☐ **Talassemia, emofilia, emolinfopatia (L.R. n. 27/1983) cod.Ispa 79**
- ☐ **Nefropatia (L.R. n. 11/85) cod. Ispa 78**
- ☐ **Neoplasie maligne (L.R. n. 9/2004) cod.Ispa 80**
- ☐ **Trapianti di cuore, fegato, pancreas (L.R. n. 12/2011) cod. Ispa 85**

Cognome Nome

C.F. nato/a il in

provincia Stato cittadinanza

residente a provincia

via c.a.p. tel.

cellulare fax email

CHIEDE

- ☐ per se stesso;
- ☐ in qualità di genitore/filgio/familiare /tutore/amministratore di sostegno del beneficiario

Cognome Nome

C.F. nato/a il in

provincia Stato cittadinanza

residente a provincia

via c.a.p. tel.

il rimborso di n. viaggi relativi al mese dell'anno .

DICHIARA

1. che per i viaggi, di cui è richiesto il rimborso è stato utilizzato il seguente mezzo:

- ☐ Mezzo pubblico Costo del biglietto €

☐ Mezzo privato Targa Proprietario

2. che i rimborsi viaggi e eventuale soggiorno per i quali viene richiesto il rimborso sono connessi alla propria specifica patologia.

RICHIEDE

che la liquidazione venga effettuata con la seguente modalità:

☐ Rimessa diretta;

☐ Accredito sul c/corrente Iban:

intestato a

☐ Delega in favore di nato/a a

il residente a

in Via n. c.f. con la seguente modalità:

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

Firma

Informativa Privacy

Si avvisa che l'informativa è pubblicata nel sito istituzionale e se ne può prendere visione tramite il link: http://www.comune.tempiopausania.ot.it/index.php?option=com_content&view=article&id=1611:privacy&catid=349&Itemid=133

È disponibile in forma cartacea presso l'ufficio Servizi Sociali

Chiunque ne volesse acquisire una copia cartacea può richiederla all'ufficio Servizi Sociali.

- Allegare fotocopia documento di identità in corso di validità
- Allegare in originale certificazione medica attestante l'effettuazione delle terapie e degli esami connessi alla propria patologia, debitamente timbrata e firmata, o dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa ai trattamenti effettuati.