

**Spett.le COMUNE DI PUTIFIGARI**  
Al Sindaco  
Al Responsabile dei Servizi Sociali  
P.zza Boyl n°6/8  
07040 Putifigari

**OGGETTO: Richiesta rimborso spese di viaggio e soggiorno nefropatici ai sensi delle Leggi Regionali n.11/85 e n. 43/93. Annualità 2024.**

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_, Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente in  
Putifigari, in via/piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_ Cod. Fiscale  
\_\_\_\_\_ Tel. n. \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

il rimborso delle spese di viaggio e di soggiorno previste dalle Leggi Regionali n. 11/85 e n. 43/93  
**Annualità 2024.**

in suo favore.

in favore di (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_, Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
in via/piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_  
relazione di parentela: \_\_\_\_\_ Tel. n. \_\_\_\_\_,

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000,

**DICHIARA**

Di aver utilizzato l'autovettura (1) \_\_\_\_\_, targa: \_\_\_\_\_  
di proprietà del Sig. \_\_\_\_\_ (2) per recarsi presso la struttura ospedaliera  
di cui alle certificazioni allegate, sita:  
- nella seguente località: \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_ volte nei seguenti  
giorni: \_\_\_\_\_  
- nella seguente località: \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_ volte nei seguenti  
giorni: \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritt\_\_ dichiara di essere informat\_\_ ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs. n° 196 del 30/06/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento finalizzato all'intervento richiesto, per cui presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

(1) Indicare marca e modello

(2) Indicare il proprietario dell'autovettura. Qualora il proprietario dell'autovettura sia persona diversa dal richiedente, tale dichiarazione deve essere avallata dalla persona indicata come proprietario

A tal fine allega (barrare la voce che interessa):

- Certificazione attestante i trattamenti effettuati;
- Documentazione delle spese di viaggio sostenute (biglietti di viaggio su mezzi pubblici);
- Certificazione rilasciato dal Presidio Ospedaliero che attesti che il soggetto è accompagnato/a, per essere sottoposto a trattamenti sanitari (dialisi) (allegare dichiarazione)**

Putifigari li .....

.....  
*Firma del richiedente*

.....  
*Firma del proprietario dell'autovettura*