

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