



CITTÀ di MONTESILVANO

(Provincia di Pescara)

SETTORE II – SERVIZI ALLA PERSONA

Piazza Diaz, 1 - 65015 MONTESILVANO - codice fiscale 00193460680 - Tel. 085.44811 - www.comune.montesilvano.pe.it

**AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI MONTESILVANO (PE)**

OGGETTO: RICHIESTA RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO PRESSO I CENTRI DI RIABILITAZIONE – SECONDO SEMESTRE 2024

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a Montesilvano (PE) in via _____ n. _____

telefono _____ cell. _____

genitore di _____ nato/a a _____

il _____

CHIEDE

Il rimborso spese sostenute per il trasporto di.....presso il centro
di riabilitazione..... nel secondo semestre 2024.

A tal fine il sottoscritto, consapevole delle sanzioni cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci o non veritiere o di falsità in atti o attestazioni, nonché delle sanzioni amministrative principali ed accessorie previste (rif. art. 76 del DPR 445/2000) e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- ☐ Di essere impossibilitato a usufruire del servizio per i seguenti motivi:

.....
.....
.....

Si allega:

- ✓ Fotocopia del documento di identità personale in corso di validità
- ✓ Certificazione della condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo (L.104/92)
- ✓ Modello ISEE ordinario anno 2024
- ✓ Attestato di frequenza rilasciato dal centro di riabilitazione
- ✓ Codice iban

Montesilvano, _____

FIRMA _____

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del d.lgs n. 196/2003 e s.m.i. (Codice in materia di protezione dei dati personali) si informa che i dati forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, dal Comune di Montesilvano, titolare del trattamento, al solo fine dell'espletamento delle attività connesse al rilascio del rimborso in oggetto.