



CITTÀ DI MONTESILVANO

(Provincia di Pescara)

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

**OGGETTO: RICHIESTA RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO PRESSO I CENTRI DI
RIABILITAZIONE – SECONDO SEMESTRE 2019**

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 2019

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 di handicap con connotazione di gravità (L.104/92)
- ✓ Modello ISEE relativo al proprio nucleo familiare
- ✓ Attestato di frequenza rilasciato dal centro di riabilitazione

Montesilvano, _____ FIRMA _____