

Oggetto: Richiesta fruizione contributo per rimborso spese di trasporto disabili con mezzo proprio relativo a: ____ ° Trimestre Anno _____.

__ l __ sottoscritt _____ nat __ a _____
il _____, quivi residente in Via _____ n. _____
C. F. _____ - Rec. telefonico _____,
in qualità di _____ del paziente Sig. _____
nat __ a _____ il _____, frequentante il Centro di
Riabilitazione dell'Associazione " Casa Famiglia Rosetta " – Sezione di Mussomeli nel corso del
trimestre in oggetto per il trattamento terapeutico appresso segnato:

- Ambulatoriale;

- Seminternato;

CHIEDE

la concessione del contributo per le spese di trasporto effettuate con mezzo proprio nel corso del trimestre in oggetto.

Il sottoscritto, essendo a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 26 della Legge 4/1/1968, n. 15, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, oltre che alla perdita del diritto al beneficio richiesto, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 2 della citata L. n. 15/68 e sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA

- Di essere a conoscenza di quanto contenuto nell'apposito Avviso Pubblico;
- Che nel corso del trimestre in oggetto, il suddetto paziente ha effettuato N. _____ frequenze per trattamenti riabilitativi presso il Centro di Riabilitazione di Mussomeli.

Alla presente si allega la seguente documentazione:

- Certificato di frequenza rilasciato dall'Associazione "Casa Famiglia Rosetta" – Sezione distaccata di Mussomeli, dal quale si evince, rispettivamente, la tipologia della prestazione ed i giorni di effettiva frequenza;
- Copia dell'autorizzazione rilasciata dall'A.S.P. relativa ai trattamenti, siano essi in regime ambulatoriale che di seminternato, per il trimestre in oggetto;
- Copia di un valido documento di riconoscimento.

Ai sensi del D. L. n. 201/2011 e s.m.i., con la presente si chiede che il pagamento venga effettuato mediante (*segnare con una croce la modalità prescelta*):

- **Bonifico Bancario:**

- **Libretto Postale:**

- CIN: _____ ABI: _____ CAB: _____ C/C n.: _____

- IBAN: _____

Campofranco, li _____

IL DICHIARANTE

(firma da apporre leggibile e per esteso)