

All’Ufficio Servizi Sociali

SETTORE V

COMUNE DI MONSERRATO

OGGETTO: L.R. 27/83, L.R. 11/85, L.R. 9/2004 - Trasmissione certificazione sanitaria rimborsi viaggi e/o soggiorno Anno 2024

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente

in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tell/cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TRASMETTE

* Per se stesso
* Per (titolare della pratica)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il diario dei viaggi per trattamenti e/o controlli effettuati nell’anno 2024 presso il seguente presidio ospedaliero\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in quanto beneficiario di:

* L.R.. 27/83
* L.R. 11/85
* L.R. 9/2004

Si chiede che il rimborso venga pagato con accredito al seguente IBAN, intestato al beneficiario delle provvidenze economiche o a un suo delegato:

IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_, CF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_.

Si allegano:

* Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente
* Copia dell’IBAN su cui viene richiesto l’accredito

Monserrato\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma leggibile