Amministrazione destinataria

Comune di Buseto Palizzolo

Ufficio destinatario

Ufficio servizi demografici

Domanda di rimborso delle spese di viaggio verso centri di riabilitazione

Il sottoscritto

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	

Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

il rimborso delle spese di viaggio sostenute dal seguente famigliare per recarsi al centro di riabilitazione a svolgere la terapia

☐ figlio

Cognome	Nome
Data di nascita	**Luogo di nascita**

☐ marito

Cognome	Nome
Data di nascita	**Luogo di nascita**

☐ moglie

Cognome	Nome
Data di nascita	**Luogo di nascita**

☐ madre

Cognome	Nome
Data di nascita	**Luogo di nascita**

☐ padre

Cognome	Nome

	Data di nascita	Luogo di nascita

COMUNICA

il conto corrente bancario o postale o carta prepagata su cui accreditare l'eventuale rimborso

IBAN	Intestatario

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

☑ di doversi recare presso il seguente centro di riabilitazione

Nominativo del centro di riabilitazione								
Provincia	**Comune**	**Indirizzo**	**Civico**	**Barrato**	**Scala**	**Piano**	**SNC**	**CAP**
							☐	

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

☐ copia della certificazione medica attestante condizione di disabilità grave

☑ copia degli attestati di frequenza dell'anno corrente rilasciati dal centro di riabilitazione

☐ copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.