



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	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

CHIEDE

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

<input type="checkbox"/>	figlio	Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita
<input type="checkbox"/>	marito	Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita
<input type="checkbox"/>	moglie	Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita
<input type="checkbox"/>	madre	Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita
<input type="checkbox"/>	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	
							<input type="checkbox"/>		

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)

<input type="checkbox"/>	copia della certificazione medica attestante handicap grave
<input checked="" type="checkbox"/>	copia degli attestati di frequenza dell'anno corrente rilasciati dal centro di riabilitazione
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

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.

Buseto Palizzolo		
Luogo	Data	Il dichiarante