

Al Sindaco del Comune di
Mascalucia

OGGETTO: RIMBORSO SPESE CENTRO RIABILITAZIONE – ANNO 2017

Il/ La sottoscritto/a.....
nato a.....il.....
e residente a Mascalucia in Via.....
nella qualità di padre/madre dell'assistito/a.....
ammesso/a alle prestazioni riabilitative al Centro.....
in regime di semiinternato/ ambulatoriale per n°..... settimanali per l'anno 2017

CHIEDE

Alla S.V. ai sensi della L.L. R.R. n.68/81 e 16/86 la concessione di un contributo a fronte delle spese sostenute nell'anno 2014 per la frequenza del su detto Centro di riabilitazione da parte del/ della proprio/a figlio/a.

Allega alla presente:

- documentazione sanitaria attestante l'handicap del proprio figlio/a;
- autocertificazione di residenza;
- fotocopia della carta d'identità;
- certificato di frequenza.

Mascalucia, li _____

Con Osservanza