

Al Sindaco del Comune di
Mascalucia

OGGETTO: RIMBORSO SPESE CENTRO RIABILITAZIONE – ANNO _____

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 n°..... mesi
dell'anno.....

Tel.

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 _____ 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.
- Fotocopia codice fiscale

Mascalucia, li _____

Con Osservanza

Comune di Mascaluca
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/

(cognome)

(nome)

nato/a in

Il

con residenza anagrafica nel Comune

via

N°

tel

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA
DI ESSERE RESIDENTE NEL COMUNE DI MASCALUCIA

di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.L. 196/03 che per i dati personali raccolti saranno anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

confermato e sottoscritto

Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

(firma per esteso e leggibile dei due testimoni eventualmente intervenuti per l'identificazione del dichiarante)