

Al Sig. SINDACO
del Comune di
San Pietro Clarenza

**ISTANZA DA PRESENTARE
ENTRO IL 31/01/2024**

L_ sottoscritt _____ nat_ a _____ il _____
e residente in San Pietro Clarenza via _____ n. _____, quale portatore di
handicap ovvero genitore dell'assistit _____ nat_ il _____
a _____ ammesso alle prestazioni riabilitative presso il Centro _____
in regime di semiconvitto/ ambulatoriale per n. ____ giorni settimanali.
tell/ cell. n. _____
COD. IBAN n. _____

F A P R E S E N T E

Che non può utilizzare i mezzi di trasporto comunali o di istituti, Enti o Associazioni per i
seguenti motivi:

pertanto

C H I E D E

a codesto Comune il rimborso spese di trasporto, sostenute nell'anno 2023 per raggiungere, dal
luogo di residenza, l'istituto di riabilitazione per la terapia del caso.

Allega la documentazione indicata in calce.

Data _____

Con Osservanza

Allegati:

FOTOCOPIA CODICE FISCALE
FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA'
PROSPETTO PRESENZE ISTITUTO DI RIABILITAZIONE (ANNO 2023)
DOCUMENTAZIONE SANITARIA ATTESTANTE L'INVALIDITA'