

Spett.le COMUNE DI CARGEGHE

Al Responsabile del Settore Servizi Sociali
Via Brigata Sassari, 1
07030 Cargeghe

OGGETTO: Richiesta rimborso spese di viaggio e soggiorno nefropatici ai sensi delle Leggi Regionali n. 11/85 e n. 43/93.

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____, Prov. di _____ il ____/____/____, residente in
Cargeghe, in via/piazza _____, n. ____ Cod. Fiscale

Tel. n. _____,

CHIEDE

il rimborso delle spese di viaggio e di soggiorno previste dalle Leggi Regionali n. 11/85 e n. 43/93

in suo favore.

in favore di (cognome) _____ (nome) _____ nato/a

a _____, Prov. di ____ il ____/____/____, residente a _____

in via/piazza _____, n. ____ Cod. Fiscale _____

relazione di parentela: _____ Tel. n. _____,

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000,

DICHIARA

Di aver utilizzato l'autovettura (1) _____, targa: _____

di proprietà del Sig. _____ (2) per recarsi presso la struttura ospedaliera

di cui alle certificazioni allegate, sita:

- nella seguente località: _____, n. ____ volte nei seguenti
giorni: _____

- nella seguente località: _____, n. ____ volte nei seguenti
giorni: _____

(1) Indicare marca e modello

(2) Indicare il proprietario dell'autovettura. Qualora il proprietario dell'autovettura sia persona diversa dal richiedente, tale dichiarazione deve essere avvallata dalla persona indicata come proprietario

A tal fine allega (barrare la voce che interessa):

Certificazione attestante i trattamenti effettuati;

Documentazione delle spese di viaggio sostenute (biglietti di viaggio su mezzi pubblici);

Cargeghe li

.....
Firma del richiedente

.....
Firma del proprietario dell'autovettura

