

Al Signor Sindaco del Comune di
SANTA NINFA

(Ufficio Servizi Sociali)

_ l _ sottoscritt _____ nat_ a _____ il _____
e residente in _____ via _____ n. _____
Tel. _____

nella qualità di genitore del minore _____

CHIEDE

per l' anno _____ il rimborso delle spese di viaggio per terapie riabilitative presso centri specializzati.

Si riserva di presentare la seguente documentazione:

- Prescrizione medica da parte dell'A.S.L.
- Attestazione di frequenza rilasciata dal centro specializzato

Per l'eventuale importo spettante indica la seguente modalità di pagamento:

- Bonifico Bancario IBAN: _____
- Bonifico Postale IBAN: _____

Santa Ninfa, li _____

Firma _____