

Via Puccinotti. 3 – 61029 Urbino (PU) Coordinatore 0722 309353 Assistenti Sociali 0722 309391 Ufficio Amministrazione 0722 309269/282 Amministrazione/Contabilità 0722 309225 www.ats4.marche.atsit.it – ats4@comune.urbino.pu.it

## DOMANDA CONTRIBUTO PER RIMBORSO SPESE PER TRASPORTO DIALIZZATI SOSTENUTE NELL'ANNUALITA' 2024

All'Ambito Territoriale Sociale 4 - Urbino Via Puccinotti , 3 - 61029 (PU)

Il/la sottoscritto/a_		nato a	(	)
il	residente nel Comune di _		(	)
in Via/Piazza		n° CAP		
Codice Fiscale				
Recapiti telefonici:	Abitazione	_		
	Cellulare	-		
di seguito denomin	ato <b>richiedente,</b> in qualità di <i>(barr</i>	are la voce che interessa)		
☐ Richiedente	dializzato			
□ tutore/curat	ore/amministratore di sostegno			
presenta domanda	a di rimborso			
(da compilare solo s	se il Richiedente è diverso dal Benefic	ciario)		
per il/sig./sig.ra		_ nato a	(_	)
il	residente nel Comune di _		(	)
in Via/Piazza		n° CAP		
Codice Fiscale		. Tel		

Per un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali























Via Puccinotti. 3 – 61029 Urbino (PU)
Coordinatore 0722 309353
Assistenti Sociali 0722 309391
Ufficio Amministrazione 0722 309269/282
Amministrazione/Contabilità 0722 309225
www.ats4.marche.atsit.it – ats4@comune.urbino.pu.it

(indicare solo se diverso dalla residenza)

domiciliato a () CAP						
in Via/Piazza n n.						
di seguito denominato <b>BENEFICIARIO</b> .						
A tal scopo, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e successive modifiche, sotto la propria personale responsabilità, cosciente delle conseguenze penali cui può andare incontro in caso di affermazioni false o contenenti dati non veritieri ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 e successive modifiche ed informato/a che qualora si accerti la non veridicità del contenuto della dichiarazione decadrà dal beneficio eventualmente conseguito ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 445/2000 e successive modifiche;						
DICHIARA						
- Che il beneficiario è residente in uno dei nove Comuni compresi nell'Ambito Territoriale Sociale 4 (Borgo Pace, Fermignano, Mercatello sul Metauro, Montecalvo in Foglia, Peglio, Petriano, S. Angelo in Vado, Urbania, Urbino), alla data di scadenza dell'avviso pubblico per l'accesso al beneficio;						
- Che il beneficiario è stato in trattamento dialitico nell'anno 2024;						
- Che il beneficiario, in relazione al contributo richiesto, non ha usufruito di altri servizi/contributi pubblici;						
RICHIEDE						
che il pagamento del contributo eventualmente spettante venga effettuato con la seguente modalità:						
☐ Riscossione diretta presso la tesoreria del Comune di Urbino						
☐ Accredito su c/c al seguente IBAN (intestato o co-intestato al beneficiario):						

Per un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali























Via Puccinotti. 3 – 61029 Urbino (PU)
Coordinatore 0722 309353
Assistenti Sociali 0722 309391
Ufficio Amministrazione 0722 309269/282
Amministrazione/Contabilità 0722 309225
www.ats4.marche.atsit.it – ats4@comune.urbino.pu.it

Solo nel caso in cui il beneficiario intendesse <u>delegare</u> un terzo alla riscossione del contributo, si chiede compilare la seguente dichiarazione:

<b>DELEGA</b> il/la Sig./Sig.a			nato a					
	il	, residente a						
in Via/Piazza	n, C.F		, in rappresentanza					
della seguente Associazione che ha	svolto il servizio							
a riscuotere per mio conto il contributo di cui sopra, secondo la seguente modalità:								
☐ Accredito su c/c al seguente IBAN:								
intestato a:								
C.F								
Si allega:								
<ol> <li>Copia di un documento di identità valido del soggetto richiedente;</li> <li>Copia di un documento di identità valido del soggetto eventualmente delegato a riscuotere il contributo;</li> <li>Copia ISEE ordinario 2025 del soggetto beneficiario;</li> <li>Copia certificazione attestante la necessità di effettuare la dialisi;</li> <li>Documentazione attestante le spese sostenute nell'anno 2024 per i trasporti per accedere alle cure presso i centri dialisi.</li> </ol>								
Data Firm	na del richiedente	·						
☐ Esprimo, ai sensi della normativa vigente, il consenso al trattamento dei miei dati personali in relazione all'istanza in oggetto.								
Data Fi	irma del richiedente		-					

Per un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali



















