

**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 denominato **richiedente**, in qualità di *(barrare la voce che interessa)*

- Richiedente dializzato
 tutore/curatore/amministratore di sostegno

presenta domanda di rimborso

(da compilare solo se il Richiedente è diverso dal Beneficiario)

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



