

SERVIZIO DI INTEGRAZIONE RETTE DI INSERIMENTO IN STRUTTURE RESIDENZIALI A CARATTERE SOCIO ASSISTENZIALI E SOCIO SANITARIO- ANNUALITÀ 2026. RICHIESTA RIMBORSO.

La/ il Sottoscritta/o COGNOME _____ NOME _____
Nata/o a _____ il _____ C.F. _____
Residente in _____ Via/P.zza _____ n° _____
Telefono fisso: * _____ cellulare: * _____

**CHIEDE
IL RIMBORSO PER LE MENSILITÀ DI**

.....

In favore della/ del beneficiaria/o _____ Nata/o a _____
il _____, residente a Villa Sant'Antonio in
Via/vico/piazza _____ n° _____
codice fiscale _____

ALLEGA ALLA PRESENTE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- COPIA DELLE PEZZE GIUSTIFICATIVE DEI PAGAMENTI

Luogo e Data, _____

Firma _____