

**DOMANDA CONTRIBUTO PER RIMBORSO SPESE  
PER TRASPORTO DIALIZZATI nell' ANNUALITA' 2018**

**Al Comune di** \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

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° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

(*indicare solo se diverso dalla residenza*)

domiciliato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_

di seguito denominato **beneficiario**

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

1. Che il beneficiario è residente in uno dei nove Comuni compresi nell'Ambito Territoriale Sociale IV (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 alla domanda di rimborso per trasporti effettuati nell' annualità 2018;
2. Che il beneficiario è in trattamento dialitico;
3. 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:

- RIMESSA DIRETTA** a favore del beneficiario;
- BONIFICO** su Conto corrente intestato o co-intestato al beneficiario , il cui IBAN è \_\_\_\_\_;

*Solo nel caso in cui il beneficiario intendesse delegare un terzo alla riscossione del contributo, si chiede di barrare e compilare la seguente dichiarazione:*

- DELEGA** 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:*

- BONIFICO** su Conto corrente intestato o co-intestato al delegato , il cui IBAN è \_\_\_\_\_

**Si allega:**

- 1) Copia di un documento di identità valido del soggetto richiedente;
- 2) Copia di un documento di identità valido del soggetto (o del legale rappresentante dell'associazione) eventualmente delegato a riscuotere il contributo;
- 3) Copia ISEE ordinario 2019 del soggetto beneficiario
- 4) Copia certificazione attestante la necessità di effettuare la dialisi
- 5) documentazione attestante le spese relative ai trasporti per accedere alle cure presso i centri dialisi

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

