

DA PORTARE ALL'UFFICIO PROTOCOLLO O INVIARE A MEZZO PEC  
**ENTRO IL GIORNO 15 DEL MESE SUCCESSIVO**

A QUELLO PER IL QUALE SI CHIEDE IL RIMBORSO

Al Comune di DOLIANOVA  
Ufficio Politiche Sociali

<b>OGGETTO:</b>	<b>L.162/98 Fondo 2022. Richiesta di rimborso mensile a favore di</b>  _____ <b>(COGNOME E NOME DEL BENEFICIARIO)</b>
<b>Mese da rimborsare</b>	_____
<b>Dati del richiedente</b> <i>(Familiare ecc ...)</i>	Luogo e Data di nascita: _____ Residenza _____ Recapito telefonico: _____ Recapito mail: _____ Codice Fiscale: _____ In qualità di: <i>(barrare)</i> o Destinatario; o Familiare; o Delegato; o Tutore/Amm.
<b>Dati del destinatario del progetto L.162/98</b> <i>(Se diverso dal richiedente)</i>	Cognome e Nome: _____ Luogo e Data di nascita: _____ Residenza e recapito tel.: _____ Codice Fiscale: _____
<b>Tipologia intervento</b>	<input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare: € _____ <input type="checkbox"/> Intervento Educativo: € _____ <input type="checkbox"/> Attività Sportive/Varie: € _____ <input type="checkbox"/> Bollettino INPS Trim n. _____ :€ _____ <b>Totale da pagare</b> € _____ Finanziamento Lordo Mensile: € _____
<b>Dati per il rimborso</b>	Codice IBAN: _____ Titolare Conto Corrente: _____ Se si intende delegare una persona diversa dal beneficiario inserire anche tutti
<b>Allegati</b> <i>N.B. In assenza degli allegati il rimborso non sarà possibile</i>	<input type="checkbox"/> Busta Paga mese: _____ <input type="checkbox"/> Foglio Presenze mese: _____ <input type="checkbox"/> Bollettino INPS Trim n. _____ <input type="checkbox"/> Rimborso spese Attività Sportive

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_