

TELEFONO N°: \_\_\_\_\_

**ALL'AMBITO N 18**

**COMUNE DI \_\_\_\_\_**

**OGGETTO: DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTI A TITOLO DI RIMBORSO SPESE PER TRASPORTO IN FAVORE DI DISABILI AI FINI RIABILITATIVI E/O SCOLASTICI ANNUALITÀ 2024.**

Il/La sottoscritto/a: \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

OVVERO genitore/tutore del figlio/figlia \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

Il rimborso al contributo economico annualità 2024, con riferimento alla domanda di accesso Prot. N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per le spese sostenute per il trasporto del disabile, presso centri e/o scuole.

**SI ALLEGA**

- Certificazione rilasciata dal Centro di riabilitazione attestante i giorni di effettiva presenza;
- Certificazione rilasciata dagli Istituti Scolastici attestanti la frequenza o autocertificazione;
- Attestazione Bancaria o postale (non libretto pensionistico) con Codice IBAN;
- Fotocopia carta d'identità dell'istante;

Data

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NB. L'istanza dovrà pervenire a mezzo protocollo entro il \_\_\_\_\_.**