

**DOMANDA CONTRIBUTO PER RIMBORSO SPESE
PER TRASPORTO DIALIZZATI SOSTENUTE NELL'ANNUALITA' 2023**

*All'Ambito Territoriale Sociale 4 - Urbino
Via Puccinotti n. 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





Via Puccinotti, 3 – 61029 Urbino (PU)
 Coordinatore 0722 309353
 Assistenti Sociali 0722 309391
 Ufficio Amministrazione 0722 309269/282
 Amministrazione/Contabilità 0722 309225
 www.ats4.marche.atsit.it – ats4@comune.urbino.pu.it

(indicare solo se diverso dalla residenza)

domiciliato a _____ (_____) CAP _____

in Via/Piazza _____ n. _____

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

- Che il beneficiario è residente in uno dei nove Comuni compresi nell’Ambito Territoriale Sociale 4 (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 al beneficio;
- Che il beneficiario è stato in trattamento dialitico nell’anno 2023;
- 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:

- Riscossione diretta presso la tesoreria del Comune di Urbino
- Accredito su c/c al seguente IBAN (intestato o co-intestato al beneficiario):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Per un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali



