

**DA PORTARE ALL'UFFICIO PROTOCOLLO 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 2026.</b> Rimborso mese di _____
-----------------	--

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ chiede il rimborso di cui all'oggetto secondo lo schema:

<b>Dati del richiedente</b> <i>(Familiare ecc ...)</i>	Luogo e Data di nascita: _____ Residenza e recapito tel.: _____ 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>	o Assistenza Domiciliare:        €. _____ o Intervento Educativo:        €. _____ o Attività Sportive/Varie:        €. _____ o Bollettino INPS Trim n. ____:    €. _____ <b>Totale da pagare</b> €. _____ Finanziamento Lordo Mensile:    €. _____
<b>Mese da rimborsare</b>	_____
<b>Dati per il rimborso</b>	Codice IBAN: _____ Titolare Conto Corrente: _____
<b>Allegati</b> <i>N.B. In assenza degli allegati il rimborso non sarà possibile</i>	o Busta Paga mese: _____ o Foglio Presenze mese: _____ o Bollettino INPS Trim n. _____ o Rimborso spese Attività Sportive

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

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