AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI

ACI BONACCORSI

OGGETTO: Rimborso Spese viaggio presso i centri di riabilitazione ANNO 2026

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a .....

Il ..... residente in Aci,Bonaccorsi, Via ..... n. .....

tel. .....C.F.: .....nella qualità di.....

di ..... nato a ..... il .....

avendo accompagnato il/la proprio/a presso il Centro ..... con sede in .....

Via ....., ... n.....per effettuare terapia dl riabilitazione a regime:

A) Ambulatoriale

B) Semiambulatoriale

CHIEDE

Alla S.V. l'erogazione del contributo a titolo di rimborso per le spese effettuate dal ..... al .....

Allega alla domanda:

- Certificazione attestante l'handicap rilasciata dall'Autorità Sanitaria competente;
- Certificato di frequenza Centro di riabilitazione;
- Coordinate bancale (codice IBAN) sul quale effettuare la liquidazione, su C/C postale o bancario o libretto postale intestato a.....;
- Fotocopia carta d'identità.

Aci Bonaccorsi, Lì .....

Il Richiedente

.....

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Ai sensi e agli effetti di quanto previsto dalla Legge 675/96 in tema di tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, dichiaro di essere stato Informato di quanto previsto dall'art 10 della Legge 675f96, e In relazione a quanto sopra autorizzo il Comune di Aci Bonaccorsi a trattare, nei limiti e nelle modalità previste dalla legge, i miei dati personali, compresi quelli sensibili di cui all'art. 22.

Resta inteso che i dati in questione non saranno oggetto di comunicazioni o diffusi a terzi estranei ai procedimenti di valutazione, controllo o erogazione:

In Fede

.....