

**DOMANDA CONTRIBUTO PER RIMBORSO SPESE  
PER TRASPORTO DIALIZZATI SOSTENUTE NELL'ANNUALITA' 2022**

Al Comune di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

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° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

*(indicare solo se diverso dalla residenza)*

domiciliato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

di seguito denominato **beneficiario**

Per un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali







**AMBITO  
TERRITORIALE  
SOCIALE**

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](http://www.ats4.marche.atsit.it) - [ats4@comune.urbino.pu.it](mailto:ats4@comune.urbino.pu.it)

intestato a: \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

**Si allega:**

- 1) Copia di un documento di identità valido del soggetto richiedente;
- 2) Copia di un documento di identità valido del soggetto eventualmente delegato a riscuotere il contributo;
- 3) Copia ISEE ordinario 2023 del soggetto beneficiario;
- 4) Copia certificazione attestante la necessità di effettuare la dialisi;
- 5) Documentazione attestante le spese sostenute nell'anno 2022 per i trasporti per accedere alle cure presso i centri dialisi.

Data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Esprimo, ai sensi della normativa vigente, il consenso al trattamento dei miei dati personali in relazione all'istanza in oggetto.

Data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Per un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali



Urbino



Borgo Pace



Ferrignano



Mercatello



Montecalvo



Peglio



Petriano



S. Angelo in V.



Urbania



Un. Mont. Metauro