



Al Responsabile del Servizio Sociale del
Comune di Maracalagonis

Oggetto: Richiesta rimborso spese Piani personalizzati Legge 162/98.

Il sottoscritto _____ nato/a a _____

Il _____ e residente in _____, Via _____

Codice Fiscale _____, in qualità di beneficiario del Piano:

oppure

- Tutore e legale rappresentante;
- Amministratore di sostegno;

del disabile _____ nato/a a _____

il _____ e residente a Maracalagonis in Via _____

Codice fiscale _____

Titolare del finanziamento per l'attuazione del Piano Personalizzato di sostegno a favore di persona con handicap grave (Legge 21/05/1998, n. 162), con la presente

CHIEDE(barrare la voce che interessa)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Il rimborso della fattura (<input type="checkbox"/> parziale - <input type="checkbox"/> intera)n. _____ del _____ di €. |
| | Rilasciata dalla Cooperativa sociale (o società sportiva) _____ |
| <input type="checkbox"/> | Il rimborso della fattura (<input type="checkbox"/> parziale - <input type="checkbox"/> intera)n. _____ del _____ di €. |
| | Rilasciata dall'Educatore/Educatrice professionale _____ |
| <input type="checkbox"/> | Della busta paga (n. _____ parziale -intera) rilasciata al/alla Signore/Signora _____ |
| | per un importo netto pari a €. _____ dal/dalla Collaboratore/Collaboratrice-Badante- Educatore/Educatrice professionale-Altro _____ <input type="checkbox"/> _____ |
| | oltre ai contributi INPS relativi al _____ trimestre anno _____ |

Relativa al mese di _____

Il sottoscritto, inoltre, dichiara che la spesa richiesta a rimborso non è finanziata da altro Ente.

Si allega alla presente la seguente documentazione:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

(firma)