

**COMUNE DI NEONELI**

 **Provincia di Oristano**

**Via Roma n. 83 ------- Tel. 078367747 ----- email:** **sociale@comune.neoneli.or.it** **--- pec:** **ufficioassistentesociale.neoneli@pec.it**

**AREA AMMINISTRATIVA/SERVIZI SOCIALI**

**All’Ufficio Servizi Sociali**

**del Comune di Neoneli**

**OGGETTO: CONTRIBUTO SPESE VIAGGIO PER RECARSI PRESSO I PRESìDI DI DIAGNOSI E CURA RIVOLTI A PERSONE CHE NON PERCEPISCONO ALTRI RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI E/O PRIVATI. ANNO 2023.**

\_l\_ sottoscritt \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a Neoneli in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_

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

CHIEDE

* PER SE
* PER IL FIGLIO MINORE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nat\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Residente a Neoneli in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_
* C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**La concessione di un contributo a titolo di rimborso delle spese di viaggio sostenute per recarsi presso il/i seguente/i sedi di diagnosi e cura :**

* CAGLIARI
* NUORO
* ORISTANO
* SASSARI

ALTRE SEDI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine dichiara che il cittadino avente diritto:

* è cittadino/a residente e/o stabilmente domiciliato nel Comune di Neoneli.
* è affetto/a da una patologia cronica certificata, che comporta frequenti spostamenti verso i centri erogatori dei servizi sanitari.
* non aha usufruito, per la stessa patologia, di contributi, sussidi e provvidenze da parte di enti pubblici e/o organismi privati.
* ha un ISEE non superiore a 20.000,00 euro.

Allega:

* + Documenti comprovanti le patologie per le quali si effettuano i viaggi
	+ Referti o tabelle riepilogative attestanti i viaggi effettuati
	+ Documento d’identità

IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Neoneli, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_