

DOMANDA DI RIMBORSO CONTRIBUTO

Cure climatiche, termali e soggiorni terapeutici a favore degli invalidi per cause di guerra/servizio e categorie assimilate ai sensi della L.R. 27 novembre 2001 n. 25

Il sottoscritto

Nato ila

Codice Fiscale _ _ _ _ _

Residente in via

telefono e-mail

CHIEDE il pagamento del contributo ai sensi della L.R. 27 novembre 2001 n. 25

- per se stesso Oppure per il Sig.¹
- Nato a(.....) il.....
- Residente a(.....) Via.....n
- Codice Fiscale _ _ _ _ _
- giusta delega tutore/curatore/amm.sostegno (certificato)

ALLEGA la documentazione probante prevista, in particolare l'**attestazione** della struttura/stabilimento presso il quale sono state effettuate le cure termali (eventualmente autodichiarata solo per sogg. climatici e terapeutici) e il **titolo di spesa** per il soggiorno effettuato, a meno di variazioni che verranno apportate dalla DGR FVG per l'anno in corso, a cui ci si deve attenere

.....

.....

L'ATTESTAZIONE della struttura o stabilimento presso il quale sono state effettuate le cure climatiche e termali indicante la tipologia delle cure effettuate nonché il periodo corrispondente agli effettivi giorni di cura. Il TITOLO DI SPESA (fattura, ricevuta fiscale o altra regolare documentazione comprovante la spesa sostenuta per il soggiorno) in originale con relativa quietanza di pagamento ove necessaria, deve essere intestato al destinatario del contributo e deve riferirsi chiaramente a lui e all'accompagnatore qualora ne sia riconosciuta la presenza, nonché riportare con evidenza i giorni di effettiva presenza (si precisa che il contributo viene concesso per garantire il soggiorno ai fini di cura ai soli destinatari della legge regionale e viene commisurato alle cure attestate. I titoli di spesa quindi non devono essere riferiti a soggetti non destinatari della legge regionale. Il semplice scontrino generico non vale come titolo di spesa idoneo se privo di tutte le caratteristiche suddette).

CHIEDE che il rimborso sia pagato nei seguenti termini²:

Beneficiario Cod.Fisc

vian..... Città.....(.....)

ACCREDITO in conto corrente bancario/postale IBAN comprensivo di 27 caratteri alfanumerici (**compilare sotto**)

Codice Internazionale <i>(dopo IT mettere solo i due numeri)</i>		Codice CIN <i>(Solo una lettera)</i>	Codice ABI <i>(Solo numeri)</i>	Codice CAB <i>(Solo numeri)</i>	N. di Conto Corrente Bancario <i>(Numeri e lettere)</i>
I	T				

(esclusi Libretti Postali /Bancari)

Intestato a

presso la banca/posta agenzia/filiale di

(fino a 999,99 euro) Pagamento in contanti presso sportello tesoriere invio assegno non trasferibile all'indirizzo suddetto

Specifiche informazioni sul trattamento dei dati personali effettuato dall'Azienda sanitaria Friuli Occidentale sono disponibili al link https://asfo.sanita.fvg.it/it/azienda_informa/privacy.html

Data

Firma (leggibile)

¹ In caso di DELEGA (delega, copia documenti identità delegato e delegante); in caso di tutore/curatore/amm.sostegno (copia documento tribunale).

² Se viene compilata la DELEGA alla presentazione della domanda di rimborso i termini di pagamento verranno compilati nel foglio di delega

DELEGA

DELEGANTE (assistito) →

Il sottoscritto.....
 Nato ila Codice fiscale
 Residente in via
 telefono e-mail

DELEGA a presentare domanda di pagamento del contributo ai sensi della L.R. 27 novembre 2001 n. 25

DELEGATO →

La/Il sottoscritto.....
 Nato ila Codice fiscale
 Residente in via
 telefono e-mail

CHIEDE INOLTRE che il rimborso sia pagato nei seguenti termini³:

Beneficiario Cod.Fisc
 vian..... Città.....(.....)

ACCREDITO in conto corrente bancario/postale IBAN comprensivo di 27 caratteri alfanumerici (*compilare sotto*)

Codice Internazionale <i>(dopo IT mettere solo i due numeri)</i>		Codice CIN <i>(Solo una lettera)</i>	Codice ABI <i>(Solo numeri)</i>	Codice CAB <i>(Solo numeri)</i>	N. di Conto Corrente Bancario <i>(Numeri e lettere)</i>
I	T				

(esclusi Libretti Postali /Bancari)

Intestato a

presso la banca/posta agenzia/filiale di

(importi fino a 999,99 euro) Pagamento in contanti presso sportello tesoriere Invio di assegno non trasferibile all'indirizzo suddetto

Specifiche informazioni sul trattamento dei dati personali effettuato dall'Azienda sanitaria Friuli Occidentale sono disponibili al link https://asfo.sanita.fvg.it/it/azienda_informa/privacy.html

Data Firma (leggibile)

Allegare fotocopia dei documenti di identità

³ Se viene compilata la DELEGA alla presentazione della domanda di rimborso i termini di pagamento verranno compilati nel foglio di delega