

## 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 il .....a .....

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.<sup>1</sup> .....  
 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 termini<sup>2</sup>:

**Beneficiario** ..... Cod.Fisc .....

via .....n..... Città.....(.....)

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

Codice Internazionale (dopo IT mettere solo i due numeri)		Codice CIN (Solo una lettera)	Codice ABI (Solo numeri)	Codice CAB (Solo numeri)	N. di Conto Corrente Bancario (Numeri e lettere)
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](https://asfo.sanita.fvg.it/it/azienda_informa/privacy.html)

**Data** .....

**Firma (leggibile)** .....

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

<sup>2</sup> 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 il .....a ..... 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 il .....a ..... Codice fiscale .....  
 Residente in ..... via .....  
 telefono ..... e-mail .....

## CHIEDE INOLTRE che il rimborso sia pagato nei seguenti termini<sup>3</sup>:

**Beneficiario** ..... Cod.Fisc .....  
 via .....n..... 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](https://asfo.sanita.fvg.it/it/azienda_informa/privacy.html)

Data .....

Firma (leggibile) .....

Allegare fotocopia dei documenti di identità

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