



COMUNE DI LERCARA FRIDDI

Provincia di Palermo
AREA AMMINISTRATIVA
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

DISTRETTO SOCIO SANITARIO "D 38"

LERCARA FRIDDI

**Al Comune di Prizzi
Ufficio di Servizio Sociale**

Oggetto: Rimborso spese per trasporto presso Centri ambulatoriali di cura e terapia oncologica.

BENEFICIARIO – Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ e residente in via/piazza

_____ n. _____ Comune di _____ CAP _____

Prov. _____, C.F.: _____, telefono _____

FAMILIARE – Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ e residente in via/piazza

_____ n. _____ Comune di _____ CAP _____

Prov. _____, C.F.: _____, telefono _____

CHIEDE

Il rimborso spese per trasporto presso Centri ambulatoriali di cura e terapia oncologica.

A TAL FINE DICHIARA

Sotto la propria responsabilità:

che il valore dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (**I.S.E.E.**) è di:

Protocollo e data di presentazione DSU (esempio: INPS-ISEE-2017- XXXXXXXXXXX-XX)	Valore ISEE (ai sensi del DPCM n° 159 del 05 dicembre 2013)
INPS-ISEE-2017	€ _____
DATA DI PRESENTAZIONE _____	

Importante: l'attestazione ISEE valida e' quella rilasciata dopo il 15 gennaio 2017

_____ li _____

Firma

Allega alla presente istanza:

- Certificazione sanitaria (da allegare in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili") rilasciata dal centro di cura e terapia oncologica dalla quale si evincono le effettive sedute e/o visite di controllo;
- Copia Documento di riconoscimento;
- Copia del Codice Fiscale