

AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI
GALATI MAMERTINO

Oggetto: Istanza per richiesta contributo per spese di trasporto presso centri di
Riabilitazione.

I sottoscritti _____

residenti in Galati Mamertino, via _____
n. _____ tel. _____

CHIEDONO

il rimborso delle spese di trasporto sostenute per terapia effettuata presso i centri di riabilitazione,
per il figlio _____ nato a _____

il _____ codice fiscale _____

CENTRO di RIABILITAZIONE di: _____.

Periodo: Aprile 2025 – aprile 2026

A tal fine allega a corredo della presente istanza, la seguente documentazione:

- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Certificazione attestante la disabilità ex art. 3 comma 3 della Legge n. 104/92;
- Certificazione attestante la frequenza, rilasciato dal centro di riabilitazione;
- Copia di un documento di riconoscimento dei richiedenti e del proprio figlio;
- Codice Iban

Sarà cura dei genitori consegnare trimestralmente il registro presenze effettivo, rilasciato dal
centro di riabilitazione, al fine dei pagamenti.

Galati Mamertino, li _____

I sottoscritti genitori
