



**COMUNE DI LERCARA FRIDDI**  
**Provincia di Palermo**  
**AREA AMMINISTRATIVA**  
**UFFICIO SERVIZI SOCIALI**



**DISTRETTO SOCIO - SANITARIO "D 38"**  
**LERCARA FRIDDI**

**AL COMUNE DI PALAZZO ADRIANO**  
**UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

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 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 per il periodo gennaio/dicembre 2017.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Allega alla presente istanza:

- Certificazione sanitaria rilasciata dal centro di cura e terapia oncologica dalla quale si evincono le effettive sedute e/o visite di controllo;
- Certificazione ISEE in corso di validità, rilasciata dagli uffici abilitati secondo la normativa vigente;
- Copia del documento di riconoscimento;
- Copia del Codice Fiscale.