



MODULO RIMBORSO

Azienda Speciale Consortile
per i servizi alla Persona
"Penisola Sorrentina"
Ambito Territoriale Sociale N33

Domanda di rimborso per il Servizio:

BENEFICIARIO DEL SERVIZIO

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (prov.) _____ il ____/____/____

Residente in _____, a _____, n. _____ c.a.p. _____

Recapiti: cell. _____, e-mail: _____

Codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SOGGETTO PAGANTE

(indicare se è diverso dal beneficiario del servizio)

Indicare il rapporto che intercorre tra segnalante e destinatario/a: _____

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (prov.) _____ il ____/____/____

Recapiti: cell. _____, e-mail: _____

Codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Per i destinatari sottoposti a tutela giuridica (es. minori, interdetti, ecc.), alla voce "Il/La Destinatario/a" devono essere inseriti i dati del destinatario del Servizio, mentre alla voce "L'eventuale Segnalante" devono essere inseriti i dati di chi esercita la tutela (es. genitore, tutore, ecc.).

DICHIARA

- di aver pagato per la prestazione resa € _____;
- di chiedere il rimborso di € _____ per il seguente motivo _____
- di voler ricevere il rimborso sul Codice Iban _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

intestato alla persona che ha effettuato il pagamento. (si prega di allegare copia del pagamento effettuato).

Data _____

Firma _____

Si ricorda che l'A.S.P.S. verificherà la veridicità di quanto dichiarato ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000)