

Spett.le A.S.P. di Trapani
Dipartimento Cure Primarie
Indennità Soggetti Talassemici
Sig.ra Daniela Abbonato
Via Cesarò, 125 - 91016 ERICE
Tel. 0923 472483 - fax. 0923 472477
mail: cee.trapani@asptrapani.it

Oggetto: Richiesta concessione indennità chilometrica ai sensi della L.R. 20/90 e L.R. 4/93.

Nominativo del soggetto avente diritto:

Cognome _____ Nome _____
luogo di nascita _____ data di nascita _____
Codice Fiscale _____
Comune di residenza _____ Via _____
recapito telefonico _____ mail _____
Istituto Bancario/Postale _____
Coordinate Bancarie/IBAN _____

In caso di minore, interdetto o inabilitato: dati anagrafici del genitore esercente la potestà genitoriale, tutore, curatore o amministratore di sostegno

Cognome _____ Nome _____
luogo di nascita _____ data di nascita _____
Codice Fiscale _____
Comune di residenza _____ Via _____
recapito telefonico _____ mail _____
Istituto Bancario/Postale _____
Coordinate Bancarie/IBAN _____

CHIEDE

La concessione dell'indennità chilometrica per il periodo
dal _____ al _____ dell'anno _____

A tal fine dichiara:

- 1) di essere cittadino italiano;
- 2) di essere residente da almeno un anno nel territorio della Regione;
- 3) che non sono intervenute variazioni della potestà, in caso di minore, rispetto al periodo precedente.

di essere in cura presso il Centro di Talassemia _____

Allega:

- certificato medico attestante la patologia rilasciato dal Centro di Talassemia;
- certificazioni accessi clinici;
- copia del documento di riconoscimento.

Data _____

Firma _____