

Servizio di _____ gestione in forma indiretta

Autorizzazione accredito rimborso delle spese documentate di assistenza nell'ambito di programmi previamente concordati con il Servizio Sociale Distrettuale.

All'Ufficio di Piano del Distretto Socio Sanitario n. 55
c/o Comune capofila di Alcamo

Il sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
Codice Fiscale _____
residente in via/piazza _____ n. _____
Comune di _____ CAP _____
Telefono _____ mail _____

Oppure, se impossibilitato/a,
Il/ La Sottoscritto/a _____
in qualità di _____

☐ esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno del soggetto richiedente,
nato/a il _____ a _____
Codice Fiscale _____
residente a _____ in Via/Piazza _____
tel. _____ mail _____

AUTORIZZA

Che l'accredito del rimborso delle spese avvenga sul c/c :

Intestato a _____
Codice Fiscale _____
nato a _____ il _____
residente in via/piazza _____
Comune di _____
telefono _____

Luogo e Data _____

Il Dichiarante
