COMUNE di ACI CASTELLO
Provincia di Catania

Al Sindaco
del Comune di
ACICASTELLO

TRASMISSIONE DOCUMENTAZIONE PER RIMBORSO SPESE DI ASSISTENZA ALL'AUTONOMIA E ALLA COMUNICAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____ residente in _____

Via _____ n° _____ Telefono N° _____

Codice Fiscale

Accredito si ☐ no ☐

Codice IBAN

STATO	COD.	CIN	ABI	CAB	NUMERO C/C

avendo presentato istanza per il servizio di assistenza all'autonomia e alla comunicazione dello studente disabile del proprio figlio _____ frequentante l'Istituto _____ di _____

.C H I E D E

il rimborso della spesa di € _____ equivalente alle ore di effettivo servizio erogato (come da fattura allegata).

Si allega: Foglio presenze del servizio prestato vidimato dall'Istituto Scolastico.

Sono consapevole che i dati forniti saranno utilizzati esclusivamente per i fini istituzionali del servizio, come previsto dalla legge sulla privacy (D.Lgs. 30/6/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali").

Aci Castello, lì _____

Il Dichiarante

_____