REGIONE DEL VENETO
ULSS9 SCALIGERA

Azienda ULSS 9 - Scaligera

Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona
cod.fisc. e P. IVA 02573090236

U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE

RICHIESTA DI EROGAZIONE CONTRIBUTO PER CURE CLIMATICHE E TERMALI, SOGGIORNI TERAPEUTICI

(Legge Regionale n. 25/2004)

Il/la sottoscritto/a (cognome)_____(nome)_____

nato/a _____il_____/_____/_____

e residente a_____CAP _____

in via _____ n. _____

Tessera Sanitaria n. _____ Codice Fiscale _____

☎Tel: _____ mail: _____

CHIEDE
la corresponsione del contributo con le seguenti modalità:

❑ accredito in c/c bancario (intestato a _____ - solo se diverso dal beneficiario del contributo):

Codice Nazionale *(2 lettere)* **IBAN**		**Check** *(2 cifre)* **BBAN**		**CIN** *(1 lettera)*	**A.B.I.** *(5 cifre)*					**C.A.B.** *(5 cifre)*					**N. CONTO** *(12 caratteri)*											

ALLEGA:

» attestazione di soggiorno rilasciata dall'autorità di pubblica sicurezza o dai Carabinieri o dal Sindaco o dal distretto dell'ULSS ospitante;

» **per le cure termali, attestazione a firma del Direttore Sanitario dello Stabilimento Termale presso il quale sono state effettuate le cure, con la data di effettuazione delle sedute;**

» tutta la documentazione attestante le spese sostenute per il vitto, per l'alloggio e per i viaggi effettuati, anche dell'eventuale accompagnatore (fatture, ricevute fiscali, ecc. – **per le cure climatiche e i soggiorni terapeutici devono essere riportate la data di arrivo e quella di partenza).**

Luogo e Data _____

_____
(firma)