

**Oggetto: Rimborso spese Piani personalizzati di sostegno – L. 162/98**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
via/p.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
recapito telefonico (INDISPENSABILE) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rimborso delle spese sostenute per il servizio prestato a favore di:

\_\_\_\_\_

per il mese di \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

ammontante a € \_\_\_\_\_

**Allega alla presente:**

*(barrare la casella/caselle interessate)*

- BUSTA PAGA ORIGINALE
- BUSTA PAGA COPIA CONFORME
- INPS ORIGINALE (RICEVUTA DATORE LAVORO) TRIMESTRE \_\_\_\_\_
- INPS COPIA CONFORME (RICEVUTA DATORE LAVORO) TRIMESTRE \_\_\_\_\_
- INPS FOTOCOPIA (RICEVUTA DATORE LAVORO) TRIMESTRE \_\_\_\_\_
- FATTURA ORIGINALE
- RICEVUTA SPORT O \_\_\_\_\_ /ORIGINALE
- GIORNALIERA ORIGINALE (NON NECESSARIA SE BADANTE CONVIVENTE: NEL CASO OCCORRE DICHIARAZIONE SCRITTA)

In fede  
(firma del richiedente)

Quartu Sant'Elena, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

