ASU FC
Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

All'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASUFC)
Distretto di _____

OGGETTO: Domanda di rimborso contributo per la fruizione di Cure Climatiche/Termali/Soggiorno terapeutico ai sensi della L.R. 27 novembre 2001 n. 25, artt. 3 – 4 – 5 per l'anno **2024.**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ Via _____ n.__

Cod.Fisc __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ Tel.n. _____

Vista l'autorizzazione di data _____ prot. nr. _____
rilasciata per l'accesso al beneficio ai sensi della L.R. 27 novembre 2001 n. 25

CHIEDE

il pagamento del contributo mediante:

☐ ACCREDITO CONTO CORRENTE: ☐ BANCARIO ☐ POSTALE
Codice IBAN - Possibilmente allegare fotocopia del codice rilasciato dall'istituto bancario/postale:

☐ ASSEGNO A TRAENZA

ALLEGA

la documentazione probante prevista*:

☐ attestazione della struttura/stabilimento presso il quale sono state effettuate le cure climatiche e termali, prescritte ed autorizzate, indicante la tipologia delle cure effettuate nonché il periodo corrispondente agli effettivi giorni di cura;

☐ il titolo di spesa (fattura, ricevuta fiscale o altra regolare documentazione comprovante la spesa sostenuta per il soggiorno), in originale con relativa quietanza di pagamento ove necessaria.

Data _____

Firma

_____

*fatte salve eventuali variazioni apportate dalla DGR FVG in corso d'anno