

Sportello alla Città

Protocollo Settore

Riservato all'Ufficio



CITTÀ DI GRUGLIASCO

Provincia di Torino

Piazza G. Matteotti n. 50, 10095, Grugliasco (TO)

www.comune.grugliasco.to.it

Settore Politiche Sociali e Giovanili – Servizio Sicurezza Sociale

Piazza G. Matteotti n. 40

Telefono 011/40.13.336 – Fax 011/40.13.339

E-mail: sicur.sociale@comune.grugliasco.to.it

Pec: politichesociali.gru@legalmail.it

PROSPETTO CHILOMETRICO MENSILE PER RIMBORSO TRASPORTO PERSONE DISABILI

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Nato/a il (gg/mm/aaaa) _____

a _____ Prov. (___)

Residente a Grugliasco, Indirizzo _____

Tel. _____ Cell. _____

CHIEDE

il rimborso economico per il proprio trasporto relativo al mese di _____ anno 20 _____

Consapevole che ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, “chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in merito”,

DICHIARA

di aver effettuato i seguenti Km:
Si veda la tabella a pagina 2.

G I O R N O	LUOGO	KM percorsi	G I O R N O	LUOGO	KM percorsi
1 <input type="checkbox"/>			16 <input type="checkbox"/>		
2 <input type="checkbox"/>			17 <input type="checkbox"/>		
3 <input type="checkbox"/>			18 <input type="checkbox"/>		
4 <input type="checkbox"/>			19 <input type="checkbox"/>		
5 <input type="checkbox"/>			20 <input type="checkbox"/>		
6 <input type="checkbox"/>			21 <input type="checkbox"/>		
7 <input type="checkbox"/>			22 <input type="checkbox"/>		
8 <input type="checkbox"/>			23 <input type="checkbox"/>		
9 <input type="checkbox"/>			24 <input type="checkbox"/>		
10 <input type="checkbox"/>			25 <input type="checkbox"/>		
11 <input type="checkbox"/>			26 <input type="checkbox"/>		
12 <input type="checkbox"/>			27 <input type="checkbox"/>		
13 <input type="checkbox"/>			28 <input type="checkbox"/>		
14 <input type="checkbox"/>			29 <input type="checkbox"/>		
15 <input type="checkbox"/>			30 <input type="checkbox"/>		
			31 <input type="checkbox"/>		
			Totale Km percorsi		

Alla presente si allega:

- Copia cartolina mensile
- Copia foglio presenze
- Altro _____

Data (gg/mm/aaaa) _____

FIRMA _____

A CURA DELL'UFFICIO WELFARE

Si liquida per Euro _____

Data (gg/mm/aaaa) _____ TIMBRO E FIRMA _____