

ALL' ISTITUZIONE CENTRI SOGGIORNO

Via Alberoni n° 51

Lido di Venezia - CAP 30126 (VE)

TEL: 041-731076 FAX: 041-731302

### DOMANDA DI RIMBORSO

Il/la sottoscritto/a ..... codice fiscale .....  
residente..... via .....  
Città ..... cap ..... telefono .....

### CHIEDE

*Ai Sensi del Regolamento di Funzionamento dei Centri di Soggiorno art. 17 e 18,*

di ottenere il rimborso del soggiorno non usufruito dal ..... al ..... TURNO .....  
per la seguente motivazione (barrare la casella):

- malattia (allegare il certificato medico)  
 ricovero ospedaliero (allegare modulo ricovero)  
 altro (indicare la motivazione) .....  
.....

Modalità di rimborso prescelta (barrare la casella):

- Accredito su conto corrente bancario:  
Istituto Bancario .....IBAN .....
- In contanti presso qualsiasi sportello dell'Intesa San Paolo.

Data .....  
(FIRMA)

**NOTA BENE:** La presente domanda va compilata in ogni sua parte, sottoscritta dal dichiarante e presentata entro e non oltre l'ultimo giorno del turno disdetto.  
Qualora la domanda venga trasmessa via fax, dovrà essere corredata da una fotocopia del documento di identità. Il diritto al rimborso, qualora riconosciuto, sarà espletato con la modalità suindicata dal richiedente, entro 30 giorni dalla presentazione della richiesta.