



Spett.le
Fondazione Opera Caritas San Martino
Piazza Martiri di Belfiore, 4
25121 Brescia

La Parrocchia _____ di _____

DICHIARA

di aver provveduto in favore del nucleo familiare:

nome e cognome _____

nato a _____ il _____

residente a _____ provincia _____

in via _____ al n. _____

codice fiscale _____

Tel. _____ Email _____

Professione _____

al pagamento delle spese sanitarie di seguito esposte:

<i>tipologia intervento (es.: ticket visita medica, acquisto farmaci, ecc.)</i>	<i>contributo erogato</i>
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____

per un totale di € _____

Contesto della situazione per la quale viene richiesto il rimborso (es: famiglia accompagnata con presenza di soggetto affetto da malattia cronica, ecc.):

Allegati:

- Autorizzazione alla privacy
- Copia ricevuta o Fattura pagamento

Il contributo dovrà essere versato sul c/c della suddetta parrocchia:

Intestazione c/c _____

Presso la banca _____

Codice IBAN _____

In fede,

Il Parroco

(timbro e firma)