

Alla C.A.
del Responsabile dei Servizi Sociali
Comune di Arbus

Oggetto: L.R. 27/83 – rimborso spese viaggio

Il sottoscritto

nato a il

residente in Arbus via

tell./cell.

relativamente a n° viaggi sostenuti, nel mese di anno, da

..... presso i/ il presidio ospedaliero di :

- S. Gavino M.le
- Cagliari
- Altro

(indicare con una crocetta la località interessata)

D I C H I A R A

di essersi recato presso gli stessi con l'auto (modello) targato

Arbus,

(firma)