

ALLEGATO "A"

Istanza di contributo/rimborso spese per il trasporto con mezzo proprio presso centri di riabilitazione in favore di persone con disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92, così come modificato dal D.lgs n. 62/2024

Al Comune di San Piero Patti

Ufficio Servizi Sociali

Piazza A. De Gasperi, 1

98068 San Piero Patti (ME)

protocollo@pec.comune.sanpieropatti.me.it

da compilare:

- nel caso di maggiorenne: a cura del soggetto disabile o da un familiare convivente o tutore o delegato;
- nel caso di minore: a cura di chi esercita la patria potestà o tutore.

Cognome:		Nome:	
Luogo Di Nascita:		Data Di Nascita:	
Residenza	Città:	Prov.:	Indirizzo:
Codice Fiscale:		Tel/Cell:	
Email:		Pec:	
nella qualità di:			della persona con disabilità
Cognome:		Nome:	
Luogo Di Nascita:		Data Di Nascita:	
Residenza	Città:	Prov.:	Indirizzo:
Codice Fiscale:			

CHIEDE

la concessione del contributo economico a titolo di rimborso delle spese di trasporto sostenute per recarsi o accompagnare la persona con disabilità presso il Centro Terapeutico e/o di Riabilitazione
_____ sito in _____ per effettuare cure e/o

terapie riabilitative per il periodo dal _____ al _____.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali stabilite dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni false e/o mendaci,

DICHIARA

- ☐ il beneficio viene richiesto per soggetto con disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92 così come modificato dal D.lgs n. 62/2024;
- ☐ di avvalersi di un mezzo di trasporto proprio/di terzi (cancellare ipotesi che non ricorre) per recarsi presso il Centro Terapeutico e/o di Riabilitazione, sopra meglio individuato, per effettuare cure e/o terapie;
- ☐ di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega alla presente:

- ☐ Copia del Verbale della Commissione Medica attestante il riconoscimento di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, legge 104/92 così come modificato dal D.lgs n. 62/2024;
- ☐ Certificazione rilasciata dal Centro/Struttura di cura e/o riabilitazione attestante le frequenze giornaliere e il numero delle sedute;
- ☐ Fotocopia documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;
- ☐ Copia dell'IBAN (escluso libretto postale) intestato al richiedente

San Piero Patti, _____

Il/La Richiedente

Firma