

Al Signor Sindaco del Comune di Catania
Direzione Politiche Sociali e per la Famiglia
P.O. Servizi per l'Handicap e Anziani

DA PRESENTARE ENTRO IL 31/01/2011 AL CENTRO TERRITORIALE COMPETENTE

Oggetto: CONTRIBUTO TRASPORTO AI CENTRI RIABILITATIVI – ANNO 2010

Il sottoscritto /a _____

nato/a _____ il _____ e residente _____

in via _____ n. _____ Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

in qualità di (figlio-a/fratello-sorella/cognato-a/genero-nuora/delegato-a) _____

del Sig./Sig.ra _____

nato/a _____ il _____ e residente _____

in via _____ n. _____ Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante il Centro Riabilitativo _____ convenzionato con Azienda Sanitaria Provinciale

C H I E D E

la concessione di un contributo per le spese di trasporto per la frequenza al Centro Riabilitativo per l'anno 2010

D I C H I A R A

Sotto la propria responsabilità consapevole delle conseguenze in caso di dichiarazione mendace ai sensi dell' articolo 26 della Legge n. 15/68 e successive modifiche

- ☐ di non fruire a titolo gratuito del servizio di trasporto da parte di enti, associazioni o altro sia pubblici che privati
- ☐ di non aver presentato analoga richiesta o ricevuto alcun contributo allo stesso titolo da parte di enti pubblici o privati per l'anno in cui si chiede il contributo
- ☐ di fruire / non fruire di altri tipi di trasporto ordinario o speciale (Pollicio AMT o Tessere gratuite di viaggio)
- ☐ che il proprio nucleo familiare, compreso il sottoscritto, è così composto:

N.	Cognome Nome	Data Nascita	Luogo Nascita	Rapporto Parentela
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Alla presente allega:

Per portatori di handicap in situazione di **gravità** (Legge 104/92 - Art.3 Comma 3)

- ☐ Copia autentica del certificato dell'ASP competente, rilasciato ai sensi della L.104/92 attestante il grado dell'handicap
- ☐ Per i maggiorenni – Certificato di invalidità (Punti 5 e 6) attestante la non deambulazione, o altro certificato rilasciato dell'Azienda Sanitaria Provinciale attestante la condizione di non poter utilizzare il mezzo pubblico
- ☐ Per i minori - Certificato dell'Azienda Sanitaria Provinciale – Servizio di Neuropsichiatria Infantile – attestante la non deambulazione o la condizione di non poter utilizzare il mezzo pubblico

Per portatori di handicap in situazione di **non gravità** (Legge 104/92 – Art.3 Comma 1)

- ☐ Copia autentica del certificato dell'ASP competente, rilasciato ai sensi della L.104/92 attestante il grado dell'handicap

- ☐ Certificato attestante i giorni di effettiva frequenza per l'anno 2010 rilasciato dal centro riabilitativo
- ☐ Fotocopia del documento di riconoscimento del dichiarante e del portatore di handicap
- ☐ Fotocopia del codice fiscale del dichiarante e del portatore di handicap

Il sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere consapevole che la non rispondenza a verità di tutti i dati e dichiarazioni contenuti nella presente comporta decadenza dei benefici ottenuti, salva l'eventuale responsabilità penale.

Il sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati personali relativamente ai soli fini dello svolgimento del procedimento per l'ottenimento del contributo

Il sottoscritto/a chiede che ogni comunicazione che lo riguarda sia inviata al seguente indirizzo:

_____ Tel. _____

Catania, li _____

FIRMA
