



CITTÀ DI NOTO
Patrimonio dell'Umanità
Settore VII – POLITICHE SOCIALI.



**RICHIESTA DI CONTRIBUTO TRASPORTO CENTRI DI RIABILITAZIONE-
2025**

AL SIGNOR SINDACO
PIAZZA MUNICIPIO 1
SETTORE VII POLITICHE SOCIALI
COMUNE DI NOTO

Il sottoscritto:

cognome

nome

nato il

comune di nascita

codice fiscale

residenza anagrafica:

comune

Prov.

telefono

via/piazza

n.

c.a.p.

In qualità di _____ del portatore di handicap _____

Nato a _____ il _____

CHIEDE

alla S.V. l'assegnazione *del contributo trasporto per i centri di riabilitazione*

Il sottoscritto _____ in qualità di richiedente, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiera, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 dichiara:

I. Di avere un nucleo familiare così composto

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela
Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela
Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela
Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela
Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela

*Aggiungere eventuali altri componenti nucleo familiare a fine modulo

1.Che utilizza il proprio mezzo sostenendo una spesa per la fornitura di carburante in quanto il centro di riabilitazione frequentato sito a _____ non dispone di un proprio servizio trasporto;

2.Di non aver presentato altra domanda per l'ottenimento di analogo beneficio.

Lo scrivente allega alla presente:

- Certificazione rilasciata dall'Equipe pluridisciplinare dell'ASP di appartenenza, attestante:
 - il tipo e il grado di handicap e/o la certificazione attestante lo stato di portatore di handicap grave rilasciata ai sensi della legge 104/92;
 - Piano terapeutico, rilasciato dall'Ufficio di medicina riabilitativa (ASP) attestante la cadenza settimanale degli interventi riabilitativi, il tipo di intervento e la durata del percorso riabilitativo;
- Certificato, con cadenza mensile, di frequenza giornaliera rilasciato dal Centro di Riabilitazione;
- Dichiarazione rilasciata dal Centro di Riabilitazione frequentato attestante l'assenza di un proprio servizio di trasporto;
- fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;
- Codice IBAN _____;
- altro _____

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia. Dichiara altresì di essere a conoscenza che, nel caso di ammissione al beneficio, possono essere eseguiti controlli da parte del Comune di Noto per verificare la veridicità di quanto dichiarato.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all' art. 13 del d.lgs n. 196 del 30/06/2003 che il trattamento dei dati personali è indispensabile ai fini dell' erogazione del beneficio richiesto e che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell' ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa ed in particolare che sarà prevista la comunicazione dei dati personali raccolti relativi alla situazione patrimoniale e lavorativa, ad altre pubbliche amministrazioni o a privati, quanto ciò sia indispensabile per assicurare la richiesta di prestazione sociale e per i controlli previsti dall' art.21 del regolamento suindicato, ed ai soggetti eventualmente incaricati del recupero crediti.

Data

Firma del richiedente
