

**MODELLO RICHIESTA RIMBORSO SPESE TRASPORTO IN FAVORE
DI SOGGETTI DISABILI PER CURE E TERAPIE RIABILITATIVE**

Legge Regionale 28 marzo 1986, n. 16 e s.m.i.

(da produrre entro il 15 ottobre 2024)

spazio riservato al protocollo

Al Signor Sindaco del Comune di Cerda (PA)

Ufficio Servizi Sociali

Piazza Vito La Mantia, 3

90010 **Cerda (PA)**

e_mail: assistentesociale@comune.cerda.pa.it

PEC: protocollo@pec.comune.cerda.pa.it

da compilare:

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

COGNOME:		NOME:	
LUOGO DI NASCITA:		DATA DI NASCITA:	
RESIDENZA	CITTA':	PROV.	INDIRIZZO:
CODICE FISCALE:		TEL/CELL:	
EMAIL:		PEC:	
NELLA QUALITA' DI:			DEL/DELLA DISABILE
COGNOME:		NOME:	
LUOGO DI NASCITA:		DATA DI NASCITA:	
RESIDENZA	CITTA':	PROV.	INDIRIZZO:
CODICE FISCALE:			

CHIEDE

La concessione del contributo economico a titolo di rimborso delle spese di trasporto sostenute per recarsi o accompagnare il soggetto disabile, presso Centro/Struttura pubblica o convenzionata di cura e/o di riabilitazione _____ di _____, per effettuare cure e/o terapie riabilitative, prescritte dall'A.S.P., periodo dal 01 luglio 2023 al 30 giugno 2024 (art. 4 del vigente Regolamento Comunale).

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

DICHIARA

- il beneficio viene richiesto per soggetto con disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992 (art. 2 del vigente Regolamento Comunale);
- il beneficio viene richiesto per soggetto affetto da patologia transitoria (art. 3 del vigente Regolamento Comunale);

- di avvalersi di un mezzo di trasporto proprio, in quanto il soggetto disabile è impossibilitato all'utilizzo di mezzi pubblici di trasporto (art. 5 del vigente Regolamento Comunale);
- di avere preso visione del vigente Regolamento Comunale, approvato con Delibera di Consiglio Comunale n. 23 del 29 aprile 2019, esecutiva);
- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti 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 (art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92)
- Certificazione attestante la patologia transitoria rilasciata dall'A.S.P. di competenza o copia del verbale della Commissione integrata legge 04 aprile 2012 n. 35 (nei casi particolari di cui all'art. 3 del vigente Regolamento Comunale);
- Programma delle attività riabilitative o di cura, prescritto da medici specialisti dell'A.S.P. di competenza (non saranno tenute in considerazione le prescrizioni effettuate dal medico di base o privato);
- Certificazione rilasciata dal Centro/struttura pubblica o convenzionata di cura e/o riabilitazione attestante il numero delle sedute effettuate;
- Fotocopia documento di riconoscimento, in corso di validità, del/la richiedente;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del soggetto disabile (solo in caso di persona diversa dal richiedente).
- Fotocopia del codice IBAN del richiedente

CERDA, _____ /

Il/La Richiedente

Firma