

Al Sig. Sindaco del Comune di GELA

Settore Servizi Sociali – Demografico -Sport e Cultura

OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO DI TRASPORTO ED ACCOMPAGNAMENTO DI SOGGETTI PORTATORI DI HANDICAP RESIDENTI NEL TERRITORIO DI GELA PRESSO I CENTRI DI RIABILITAZIONE PUBBLICI E/O CONVENZIONATI CON L'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PER LO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI RIABILITATIVE - ANNO 2024

__l__ sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il ___/___/___ Residente a Gela, nella via _____ n. _____

Codice fiscale _____

Telefono _____ cellulare _____

Nella qualità di _____ (genitore/tutore) del disabile _____

Cognome _____ Nome _____ Nato/a _____ Il _____ Codice Fiscale _____

_____ residente a Gela in Via _____ **CHIEDE**

di usufruire del servizio di trasporto ed accompagnamento presso il Centro di riabilitazione

_____ sito in _____ nella Via _____ per

lo svolgimento di prestazioni riabilitative .

A tal fine dichiara

ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. N. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del sopra citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria responsabilità, che necessita usufruire del servizio di trasporto e accompagnamento per i seguenti giorni:

- Lunedì dalle ore _____ alle ore _____
- Martedì dalle ore _____ alle ore _____
- Mercoledì dalle ore _____ alle ore _____
- Giovedì dalle ore _____ alle ore _____
- Venerdì dalle ore _____ alle ore _____

- Sabato dalle ore _____ alle ore _____

SI ALLEGA ALLA PRESENTE

1. copia del verbale rilasciato ai sensi della legge 104/92;
2. impegnativa dell'Asp indicante il centro di riabilitazione presso il quale saranno effettuate le prestazioni riabilitativa e il numero delle prestazioni autorizzate;
3. dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante di non aver presentato analoga richiesta o ricevuto alcun contributo per lo stesso servizio da altri enti pubblici o privati nel medesimo periodo di riferimento;
4. fotocopia di documento d'identità in corso di validità del disabile e/o rappresentante legale del richiedente

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere consapevole che i dati personali forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità di gestione del beneficio in oggetto e di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni rese, nel rispetto di quanto previsto da D.Lgs 196/2003

Gela, li _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE
