



**Al Signor Sindaco del  
Comune di FLORIDIA**

**RICHIESTA CONTRIBUTO PER SPESE DI TRASPORTO SOSTENUTE PER  
RAGGIUNGERE CENTRI DI RIABILITAZIONE SPECIALIZZATI  
ANNO 2023**

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a Floridia in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Telefono/ Cell. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

In qualità di genitore/tutore del minore disabili ai sensi della L.104/92

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

la concessione di un contributo per le spese di trasporto sostenute per raggiungere centri di riabilitazione specializzati

**ALLEGA** alla presente domanda:

- Certificazione attestante la sussistenza dell'handicap ai sensi della L. 104/1992;
- Certificazione dell'A.S.P. attestante la terapia riabilitativa da effettuare nell'anno 2023;
- Certificazione rilasciata dal Centro Riabilitativo attestante i giorni di effettiva presenza;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante :
  - di non aver usufruito a titolo gratuito del servizio di trasporto da parte del Centro riabilitativo o da parte di altri Enti Pubblici o Privati per l'anno 2023;
  - Di non aver presentato analoga richiesta o ricevuto alcun contributo allo stesso titolo da parte di Enti Pubblici o Privati per l'anno 2023;
- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;

Si comunica che il versamento deve essere effettuato a mezzo bonifico bancario:

IBAN \_\_\_\_\_

Floridia li \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOTTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(ai sensi dell'art. 47 del 28 Dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ del minore disabile \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

**consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 D.P.R. n. 445/2000,**

**DICHIARA**

**Sotto la propria responsabilità di:**

- di non usufruire a titolo gratuito del servizio di trasporto da parte del Centro di Riabilitazione o da parte di altri Enti Pubblici o Privati per l'anno 2023;
- di non aver presentato analoga richiesta o ricevuto alcun contributo allo stesso titolo da parte di Enti Pubblici o Privati per l'anno 2023.

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Si *autorizza* al trattamento dei dati personali nel rispetto della disciplina dettata dal D.Lgs n. 196/2003 e del Regolamento n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio esclusivamente per le finalità di cui alla presente domanda.

Floridia, li \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_