

**OGGETTO: Richiesta contributo trasporto soggetti portatori di Handicap presso scuole/centri riabilitativi .**

\_l\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente a Terrasini in Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ in  
qualità di (vincolo di parentela) \_\_\_\_\_ del portatore di handicap  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a Terrasini in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter usufruire del seguente beneficio ai sensi della L.R. 16/86 e L. 104/92 per il periodo \_\_\_\_\_

- TRASPORTO PRESSO ISTITUTO SCOLASTICO DI TERRASINI (indicare Istituto):  
\_\_\_\_\_
- TRASPORTO PRESSO CENTRO RIABILITATIVO (indicare nome e ubicazione del centro):  
\_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**  
(artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

- Di non fruire, a titolo gratuito, del servizio di trasporto da parte del centro riabilitativo;
- 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 essere oggettivamente e soggettivamente impossibilitato all'uso di mezzi di trasporto pubblico;
- Che la targa dell'automezzo da utilizzare per le finalità in oggetto è la seguente: \_\_\_\_\_
- Di voler riscuotere il contributo in argomento con la seguente modalità:
- A mezzo riscossione diretta allo sportello bancario
- Accreditamento sul seguente conto corrente intestato al/alla richiedente (no posta pay o libretto postale):
- Conto Corrente bancario: IBAN \_\_\_\_\_
- Conto Corrente postale: IBAN \_\_\_\_\_
- Di aver preso visione del vigente Regolamento Comunale approvato con delibera di C.C.25 del 24.06.2021 e ss.mm.ii. (delibera di C.C. n.4 del 15.03.2023)
- Che il nucleo familiare del soggetto portatore di handicap è così composto:

NOME E COGNOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA

Si allega alla presente:

- Certificazione attestante la sussistenza della disabilità grave, ai sensi dell'art.3, comma 1 e/o comma 3, della Legge n. 104/92 in corso di validità, aggiornata alla data di presentazione dell'istanza;
- Attestazione rilasciata dal centro riabilitativo frequentato, convenzionato con l'ASP, indicante il tipo di terapia di cui il soggetto necessita, il periodo di trattamento e la frequenza settimanale del centro;
- Fotocopia del libretto di circolazione del veicolo utilizzato per il trasporto, intestato al soggetto disabile o al tutore/amministratore di sostegno, al familiare ovvero a terzi. Ogni eventuale variazione del mezzo utilizzato deve essere comunicato all'ufficio Servizi Sociali allegando fotocopia del libretto di circolazione del nuovo veicolo;
- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Fotocopia del documento di identità in corso di validità del soggetto richiedente, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. N. 445/2000, unitamente a quella del genitore, qualora il beneficiario sia minorenne.
- **I soggetti interessati al rimborso del contributo de quo che, al momento della presentazione dell'istanza al Comune, non risultano in possesso della certificazione sanitaria richiesta (Legge 104/92) in quanto scaduta ed in attesa di revisione da parte dell'organo sanitario competente, dovranno allegare, oltre alla certificazione di cui sopra, richiesta di revisione presentata all'organo sanitario succitato unitamente alla certificazione risultante scaduta" .**

Terrasini, li \_\_\_\_\_

Con Osservanza

\_\_\_\_\_

Ai sensi del D.L. n. 196/2003 il/la sottoscritto presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali, contenuti nella domanda, e della documentazione alla stessa allegata per le finalità e le modalità previste dalla normativa vigente e per la loro comunicazione a soggetti e/o istituzioni coinvolte.

Terrasini, li \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_