

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

  I   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

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

         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