|  |
| --- |
| MODELLO RICHIESTA RIMBORSO SPESE DI TRASPORTO DI SOGGETTI DISABILI  PER CURE E TERAPIE RIABILITATIVE  *AOD N. 3 – REGOLAMENTO RIMBORSO SPESE DI TRASPORTO DISABILI*  (da produrre entro il 14 febbraio 2020) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Al Signor Sindaco del Comune di Longi (Me)  Via Roma, 2  98070 LONGI (ME)  pec: protocollo@pec.comunelongi.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 podestà o tutore.

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| LUOGO DI NASCITA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | DATA DI NASCITA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| INDIRIZZO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CITTA’\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_) |
| CODICE FISCALE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | TEL/CELL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| EMAIL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **NELLA QUALITA’ DI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **DEL/DELLA DISABILE** |
| COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| LUOGO DI NASCITA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | DATA DI NASCITA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| INDIRIZZO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_CITTA’\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_) |
| 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 il Centro/la Struttura pubblica/convenzionata di cura e/o di riabilitazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per effettuare cure e/o terapie riabilitative, prescritte dall’A.S.P., periodo dall’1 gennaio 2019 al 31/12/2019.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali stabilite dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

* il beneficio viene richiesto per soggetto con disabilità grave ai sensi dell’art. 3, comma 3 della legge n. 104/1992
* di avvalersi di mezzo di trasporto proprio, in quanto gli orari delle terapie, non sono compatibili con gli orari dei mezzi pubblici di trasporto;
* 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:

* Certificazione attestante la sussistenza della disabilità grave ai sensi dell’art. 3 comma 3 legge 104/92;
* Prescrizione del programma di attività riabilitativa o di cura effettuata da medici specialisti dell’Asp (non sono tenuti in considerazione le prescrizioni del medico di base o privato)
* Certificato rilasciato dal centro di Cura e/o Riabilitazione attestante il numero delle sedute effettuate
* Certificazione attestante il reddito posseduto ai sensi della normativa vigente in materia (ISEE).
* Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.
* Fotocopia del documento di riconoscimento del soggetto disabile (solo in caso di persona diversa dal richiedente)

Longi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL/LA RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_