

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 24 settembre 2021)

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 minore a cura di chi esercita la patria potestà 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 nel periodo dall'1 gennaio 2020 al 30/06/2021.

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 cui all'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679)., 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 della 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 \_\_\_\_\_

LA RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_