AL SINDACO DEL COMUNE DI CAMERANO

DOMANDA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO IN FAVORE DI PERSONE IN SITUAZIONE DI DISABILITA'

DA PRESENTARE ENTRO E NON OLTRE il giorno **9 DICEMBRE 2024**

Il/La sottoscritto/a ……. ……

nato/a a …… (….) il …….....

residente a ..... (…..). …. …in Via ..... n° ……...

Tel..... email ……

Codice Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

[ ] per se stesso

oppure in qualità di
[ ] genitore
[ ] tutore
[ ] amministratore di sostegno
[ ] curatore

CHIEDE

☐ l'ammissione al contributo per la spesa sostenuta nel corso dell'anno 2024 pari ad € …… relativa **al trasporto** per:

- sedute di riabilitazione presso le Aziende Sanitarie Territoriali oppure presso centri privati autorizzati e accreditati dal servizio sanitario nazionale e altre tipologie di interventi comunque prescritti da specialisti del servizio sanitario nazionale;
- visite specialistiche comprese quelle fuori regione e comunque sul territorio nazionale;
- frequenza a centri di riabilitazione;

☐ l'ammissione al contributo per la spesa sostenuta nel corso dell'anno 2024 pari ad € …… per le **attività volte al conseguimento dell'integrazione sociale**.

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'art.47 del DPR n.445/2000 e s.m.i., consapevole del fatto che potranno essere effettuati controlli e che in caso di dichiarazioni false saranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 del DPR n. 445 del 28/12/2000)

QUADRO A - DATI ANAGRAFICI RELATIVI ALLA PERSONA PER CUI E' RICHIESTO IL CONTRIBUTO
se diversa dal richiedente

(cognome)_____ **(nome)**_____

Nat__ a _____ **Prov.** _____ **il** _____

Residente a _____ **in Via** _____ **n.** _____

Tel. _____

Codice Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

QUADRO B – CONDIZIONE DI DISABILITA' DELLA PERSONA PER CUI E' RICHIESTO IL CONTRIBUTO

☐ Soggetto in condizione di handicap riconosciuto invalido ai sensi della L.104/92 dalla competente Commissione Sanitaria

QUADRO C – CONDIZIONI DECONOMICHE DELLA PERSONA PER CUI E' RICHIESTO IL CONTRIBUTO

☐ Valore ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) in corso di validità per l'anno di presentazione della domanda pari a € _____

DICHIARA INOLTRE

☐ che le spese dettagliate nell'allegato prospetto non sono oggetto di ulteriori contributi pubblici

Data	Firma del richiedente

ALLEGATI:

1. copia del documento di identità.
2. prospetti dettagliati delle spese sostenute per il trasporto e/o per le attività di integrazione sociale.

Informativa ai sensi del D.Lgs.196/2003 e ss.mm.ii. e del Regolamento (UE) 2016/679 relativi alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.
La informiamo che i Suoi dati saranno trattati nell'osservanza delle medesime norme in maniera informatizzata e/o manuale per procedere ai necessari adempimenti e verifiche relativi al procedimento in oggetto.

Data	Firma del richiedente