

**AL COMUNE DI ALTOFONTE**  
**UFFICIO SOLIDARIETA' SOCIALE**

**Oggetto: Richiesta contributo per spese di trasporto persone con disabilità.  
Periodo Giugno 2018 – Dicembre 2021 .**

Il sottoscritto /a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

in qualità di (figlio-a/fratello-sorella/cognato-a/genero-nuora/delegato-a) \_\_\_\_\_

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ via

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

frequentante il Centro Riabilitativo \_\_\_\_\_

convenzionato con l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

**CHIEDE**

**la concessione di un contributo per le spese di trasporto per la frequenza al Centro Riabilitativo per il periodo Giugno 2018 – Dicembre 2021.**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace, formazione o uso di atti falsi e della decadenza dai benefici ottenuti sulla base di dichiarazioni non veritiere

**DICHIARA**

- di aver preso visione del Bando pubblico, di essere a conoscenza delle norme in esso contenute e di possedere tutti i requisiti di partecipazione in esso indicati alla data di pubblicazione dello stesso;
- che la composizione del proprio nucleo familiare è la seguente:

	<b>Cognome e Nome</b>	<b>Rapp. Familiare</b>	<b>Luogo e data di nascita</b>	<b>Codice fiscale</b>
1				
2				
3				

4			
5			
6			

- di non fruire a titolo gratuito del servizio di trasporto da parte di enti, associazioni o altro sia pubblici che privati;
- di non aver presentato analoga richiesta o ricevuto alcun contributo allo stesso titolo da parte di enti pubblici o privati per il periodo in cui si chiede il contributo.

Alla presente allega:

- Certificazione attestante la sussistenza della disabilità ai sensi della L. 104/92;
- Certificazione medica attestante l'impossibilità all'uso del trasporto pubblico (competente al rilascio è il Servizio dipartimentale di medicina legale e fiscale di Palermo);
- Piano terapeutico predisposto dall'ASP con l'indicazione del numero di sedute e della tipologia di terapie da effettuare o attestato di frequenza scolastica;
- Dichiarazione ISEE in corso di validità
- Certificati di frequenza dei Centri o Istituti con l'indicazione dei giorni e delle prestazioni per il periodo **Giugno 2018 - Dicembre 2021**;
- Copia del documento di riconoscimento del dichiarante e del disabile;
- Copia del Codice Fiscale del dichiarante e del disabile.

**Il sottoscritto è consapevole che l'erogazione del contributo è subordinato alla disponibilità delle somme nel Bilancio Comunale e verrà concesso agli aventi diritto secondo la graduatoria di merito, nei limiti delle somme disponibili per l'esercizio 2022 .**

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza del fatto che il Comune di Altofonte potrà effettuare controlli a campione per la verifica delle autocertificazioni presentate e nei casi di rilascio di dichiarazioni false, al fine di ottenere indebitamente il beneficio del contributo, il richiedente decadrà immediatamente dal beneficio concessogli, con obbligo di restituzione della somma percepita e incorrerà nelle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi specifiche in materia.

Il sottoscritto è consapevole che il presente modulo deve essere compilato in ogni parte richiesta (compresa la parte riguardante la firma del dichiarante) e ciò a pena di esclusione dall'elenco degli ammessi al contributo.

E che tutte le fotocopie allegate dovranno essere complete e leggibili a nulla rilevando che le stesse siano state presentate per richieste precedenti.

Con la sottoscrizione della presente domanda si accettano tutte le clausole contenute nel relativo Bando.

**FIRMA del dichiarante**

---

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL GDPR REG UE 2016/679

I dati verranno trattati obbligatoriamente dal Comune di Altofonte per i fini istituzionali di erogazione del contributo per rimborso spese trasporto disabili mediante catalogazione e conservazione cartacea ed elettronica dei dati. Non è necessaria l'autorizzazione al trattamento. I dati potranno essere comunicati ai vari servizi del Comune di Altofonte, ad altri enti pubblici interessati nel procedimento o per la verifica della veridicità delle dichiarazioni o per censimento o altre finalità pubbliche nonché pubblicati nelle forme e modi di legge. Il diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti è contenuto nell'articolo 7 del D.Lgs. 196/2003. Il titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Altofonte. Il responsabile del trattamento dei dati personali è il Responsabile del Settore I. Gli incaricati al trattamento sono gli operatori del I Settore Attività Sociali.

**FIRMA del dichiarante**

---