

**RICHIESTA PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO IN CENTRI SOCIO-RIEDUCATIVI DI
RIABILITAZIONE SANITARIA E IN STRUTTURE SANITARIE E TRASPORTO
SCOLASTICO. ANNO 2021**

Io Sottoscritto/a _____ Nato/a a _____
il ____/____/____ residente a _____ in Via _____
n. _____

Codice Fiscale |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Telefono/ Cell. _____ ,

In qualità di genitore/tutore del minore portatore di handicap ai sensi dell'art. 3, della L. 104/92
_____ nato a _____ il _____ ;

CHIEDE

che gli/le sia concesso il servizio di trasporto in centri socio-rieducativi e/o di riabilitazione sanitaria per
effettuare terapie salvavita e/o il trasporto scolastico.

ALLEGA alla presente domanda:

- Certificazione attestante la sussistenza dell'handicap ai sensi dell'art. 3, della L. 104/1992 o nelle more del
rilascio della stessa, copia della domanda presentata all'INPS o certificazione provvisoria;
- Impegnativa dell' A.S.P. autorizzativa relativa alla tipologia di terapie da effettuare;
- Fotocopia documento d'identità;

ALTRO _____

Belpasso li _____

FIRMA
