

Al Ill.^{mo} Signor Sindaco del
Comune di Belpasso

**RICHIESTA CONTRIBUTO PER SPESE DI TRASPORTO IN CENTRI SOCIO-
RIEDUCATIVI DI RIABILITAZIONE. SANITARIA E IN STRUTTURE SANITARIE.
ANNO 202__.**

Il/la sottoscritto/a nato/a a _____ il _____ e residente
a Belpasso in _____ Codice Fiscale _____
Telefono/Cell. _____ in qualità di genitore/tutore della Persona
minore portatore di handicap ai sensi dell'art.3, della L104/92

CHIEDE

che gli/le sia concesso un contributo per spese di trasporto in centri socio-rieducativi e/o di riabilitazione sanitaria per effettuare terapie salvavita.

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 del numero di sedute, relativa alla tipologia delle terapie da effettuare;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante:
 - L'impossibilità all'uso del trasporto pubblico;
 - La non fruizione a titolo gratuito del servizio di trasporto da parte del Centro Soc10-Rieducativo o di Riabilitazione, di Enti organizzazioni ect, mezzi Pubblicie privati;
 - Di non aver presentato analoga richiesta o ricevuto alcun contributo allo stesso titolo da parte di Enti Pubblici o Privati per l'anno in cui si chiede il contributo;
- Certificazione, con cadenza mensile, rilasciato dal Centro Rieducativo o dalla Struttura Sanitaria relativa ai giorni di effettiva presenza;
- Fotocopia documento d'identità;

Codice IBAN _____

ALTRO _____

Belpasso, lì _____

FIRMA
