

**Amministrazione destinataria**

Comune di Gangi

**Ufficio destinatario**

## Domanda per il rimborso spese di trasporto con mezzo proprio, per recarsi presso strutture specialistiche di cura e terapia riabilitativa, per i soggetti familiari portatori di handicap con disabilità grave

**Il sottoscritto**

|                      |                      |                             |                      |                               |                          |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Cognome              |                      | Nome                        |                      | Codice Fiscale                |                          |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                          |
| Data di nascita      | Sesso                | Luogo di nascita            |                      | Cittadinanza                  |                          |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                          |
| Residenza            |                      |                             |                      |                               |                          |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo                   | Civico               | Barrato                       | Interno                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/>     |
|                      |                      |                             |                      | Scala                         | Piano                    |
|                      |                      |                             |                      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| Telefono cellulare   | Telefono fisso       | Posta elettronica ordinaria |                      | Posta elettronica certificata |                          |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                          |

**Soggetto interessato**

- ☐ riferito a sé stesso
- ☐ riferito alla persona di seguito specificata

**soggetto interessato**

|                                                                                                                      |                      |                      |  |                      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|--|----------------------|--|
| Cognome                                                                                                              |                      | Nome                 |  | Codice Fiscale       |  |
| <input type="text"/>                                                                                                 |                      | <input type="text"/> |  | <input type="text"/> |  |
| Data di nascita                                                                                                      | Sesso                | Luogo di nascita     |  | Cittadinanza         |  |
| <input type="text"/>                                                                                                 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  | <input type="text"/> |  |
| Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.) |                      |                      |  |                      |  |
| <input type="text"/>                                                                                                 |                      |                      |  |                      |  |

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento**

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

**Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica**

**CHIEDE**

il rimborso spese di trasporto con mezzo proprio, per recarsi presso strutture specialistiche di cura e terapia riabilitativa, per i soggetti familiari portatori di handicap con disabilità grave.

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

che in caso di accettazione il contributo venga accreditato tramite domiciliazione bancaria o postale del conto corrente

Istituto

IBAN

Codice BIC (swift) (se conto estero)

Intestatario del conto corrente

- ☐ il sottoscritto è intestatario del conto corrente
- ☐ l'intestatario del conto corrente è la seguente persona fisica

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

#### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- ☐ copia verbale della Commissione attestante la sussistenza di handicap grave
- ☐ verbale della commissione integrata, attestante la patologia transitoria rilasciata dall 'Asp di competenza o copia del verbale della commissione integrata
- ☐ prescrizione, effettuata dai medici specialisti dell'ASP, del programma di attività riabilitativa o di cura
- ☐ certificazione rilasciata dal centro/struttura pubblica o convenzionata di cura e/o riabilitazione attestante il numero di sedute effettuate
- ☒ copia dell'attestazione ISEE
- ☐ copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- ☐ altri allegati

#### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Gangi

Luogo

Data

il dichiarante