



COMUNE DI COLLESANO

Città Metropolitana di Palermo

**AL SIG.
SINDACO
DEL COMUNE DI COLLESANO (PA)**

Oggetto: Istanza di rimborso del contributo per le spese di trasporto in favore dei disabili per fini riabilitativi - Anno 2025.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il _____ e residente a _____, in
via _____, N.

_____ Codice Fiscale _____ Cellulare _____
_____ - _____ e-mail _____

avvalendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. n. 445/2000 per il rilascio delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

CHIEDE

La liquidazione del contributo economico a titolo di rimborso delle spese relative ai viaggi sostenuti nel _____ quadrimestre per raggiungere il centro di riabilitazione con sede in _____, per il soggetto beneficiario _____ al fine di effettuare la terapia prescritta.

A tal fine allega :

- Certificazione attestante la sussistenza dell'handicap grave ai sensi dell'art.3, comma 3, della Legge 104/92;
- Prescrizione del programma di attività riabilitativa o di cura effettuato da medici specializzati dell'ASP (non sono tenute in considerazione le prescrizioni del medico di base o privato);
- Fotocopia del libretto di circolazione del veicolo utilizzato per il trasporto intestato al portatore di handicap o al tutore e/o amministratore di sostegno oppure ad un familiare;
- Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000;
- Dichiarazione delle coordinate bancarie (IBAN);

Collesano, _____

Il Richiedente

Autorizzo espressamente il trattamento dei miei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14, Regolamento 2016/679/UE – General Data Protection Regulation – GDPR e art. 13 D. Lgs. nr. 196 del 30/06/2003 e ss.mm.ii.

Collesano, _____

Il Richiedente
