

OGGETTO: Richiesta **contributo per trasporto disabili** presso centri di riabilitazione.

Il sottoscritt \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ con residenza nel Comune

di Valguarnera alla Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

-Preso atto dell'Avviso Pubblico datato \_\_\_\_\_ che prevede le modalità e il termine della presentazione della presente istanza:

**CHIEDE**

per il \_\_\_\_\_ semestre dell'anno \_\_\_\_\_ un contributo per trasporto disabili presso il Centro di Riabilitazione \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

A corredo della presente domanda da presentare nei 2 semestri nel corso dell'anno solare, allegare:

- 1) Copia dell'autorizzazione al trattamento riabilitativo, rilasciata dalla AUSL contenente il numero delle terapie da svolgere;
- 2) L'allegata autocertificazione attestante la composizione del nucleo familiare, la residenza, l'attività lavorativa e il reddito complessivo del nucleo familiare;
- 3) Copia del certificato di invalidità civile o copia del certificato rilasciato dalla AUSL (Commissione L. 104/92), solo per chi ne è in possesso;
- 4) Fotocopia di un documento d'identità e del codice fiscale del richiedente;
- 5) Fotocopia Codice IBAN intestato al richiedente;

**Le PRESENZE dovranno essere presentate, a completamento del semestre: (PENA ESCLUSIONE DAL BENEFICIO) come di seguito indicato:**

**1° semestre entro il mese di Luglio;**

**2° semestre entro il mese di Gennaio dell'anno successivo.**

Valguarnera Caropepe, li \_\_\_\_\_

**FIRMA**

Preso atto dell'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30/06/2003 n. 196, acconsento qualora necessario, all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente la richiesta: 1) Al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) Al trattamento dei miei dati sensibili all'estero; 3) Alla comunicazione dei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e di archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; 4) Alla comunicazione dei miei dati sensibili, ai fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni Istituzionali.

Consapevole del fatto che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire o notevole ritardo nella definizione della presente richiesta, non consento a quanto indicato ai punti  1  2  3  4

Consapevole della responsabilità civile e penale per dichiarazioni mendaci e falsità in atti, ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, dichiaro che le notizie fornite rispondono a verità. Le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni.

In caso di dichiarazioni false, il cittadino può subire una condanna penale e decade da eventuali benefici ottenuti con la autocertificazione.

COMUNE DI VALGUARNERA CAROPEPE  
(Provincia di Enna)

AUTOCERTIFICAZIONE

L. sottoscritt

ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 N. 445

D I C H I A R A

1) di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

2) di essere residente in Valguarnera alla Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

3) che i soggetti componenti il nucleo familiare risultano come segue:  
(richiedente, componenti la famiglia anagrafica e altri soggetti considerati a carico ai fini IRPEF)

Num. d'ord	COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

4) ALTRE INFORMAZIONI SUL NUCLEO FAMILIARE:

N.	TITOLO DI STUDIO	QUALIFICA	OCCUPATO DAL	DISOCCUPATO DAL	PENSION. DAL
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

D I C H I A R A, altresì,

5) che il nucleo familiare risiede in abitazione:

- a) di proprietà a uso abitativo: SI NO  
b) utilizzato a titolo gratuito: SI NO  
c) risiede in abitazione in locazione: SI NO

d) possiede uno o più immobili;

SI NO

6) che nessuno dei componenti del nucleo familiare ha fatto richiesta per la stessa motivazione ad altri Enti, in relazione ai bisogni richiesti nell'allegata domanda di assistenza economica;

7) di non fruire di altre forme di assistenza (rendite provvisorie e vitalizie, INAIL, ricovero minori, ex ANMIL, ex ENAOLI, Illeggitimi, R.M.I., ecc...)

8) che nessuno dei componenti il nucleo familiare con handicap psico-motorio permanente ha invalidità superiore al 60%

SI NO

DICHIARA, altresì, che il reddito complessivo dell'intero nucleo familiare ai fini IRPEF è stato di € \_\_\_\_\_

**REDDITO DEI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE:**

DESCRIZIONE	DICHIARANTE	CONIUGE	FIGLI o Altri Conviventi
a) TERRENI EDIFICABILI TERRENI AGRICOLI			
b) FABBRICATI			
c) LAVORO AUTONOMO			
d) LAVORO DIPENDENTE			
e) PENSIONE RENDITE O VITALIZI			
f) ASSEGNO INVALIDITA' CIVILE-ACCOMPAGNAM.			

Valguarnera Caropepe, li \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_