



COMUNE DI ARZANO

MITTENTE:

Via
80022 Arzano (NA)

n.c.

TELEFONO: _____

E.mail: _____@_____

Data: ____/____/2023

AL COMUNE di ARZANO

OGGETTO: Richiesta contributo economico trasporto disabili presso centri riabilitativi per l'anno 2023 – **DA CONSEGNARE ENTRO E NON OLTRE IL 31/12/2023.**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (), il _____

residente nel Comune di Arzano alla via _____ n° _____

Codice Fiscale: _____ quale genitore tutore del
diversamente abile _____

CHIEDE

Di essere ammesso al riconoscimento del contributo economico per il trasporto presso centri riabilitativi nell'anno 2023.

A conoscenza, inoltre, di quanto previsto dall'art. 26 della legge 04/01/1968 n° 15 sulla responsabilità penale in caso di dichiarazioni mendaci e dall'art. 2 della stessa legge, come modificata dall'art. 3, comma 10, legge 15/05/1997 n° 127 e consapevole del fatto che ai sensi dell'art. 76 del DPR 28/12/2000 n° 445, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi confronti le sanzioni previste dal codice penale e dalle speciali leggi in materia di falsità degli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste;

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 45 e 46 del DPR 28/12/2000 n° 445;

DICHIARA

❖ Che il proprio nucleo familiare è così composto:

N.	Relazione di parentela	Cognome	Nome	Luogo di Nascita	Data di nascita
1	Dichiarante				
2					
3					
4					
5					
6					
7					

- ❖ Che il signor _____ per il quale richiede l'assistenza è invalido con percentuale riconosciuta del _____ % e che viene sottoposto a terapia riabilitativa presso il Centro _____ con sede in _____ dal _____ al _____
- ❖ Che il trasporto presso il Centro indicato è effettuato con mezzi propri;
- ❖ Che la distanza chilometrica tra la propria abitazione ed il Centro di riabilitazione è pari a Km: _____

SI ALLEGANO:

1. Modello ISEE 2023 (reddito 2021);
2. Copia del decreto di invalidità rilasciato dalla competente ASL;
3. Copia del decreto di handicap in situazione di gravità di cui agli artt. 3 e 4 della legge 104/92;
4. Certificazione medica/impegnativa ASL di autorizzazione al trattamento riabilitativo;
5. Certificati di frequenza del centro riabilitativo, con precisa indicazione dei giorni di effettiva frequenza.
6. Fotocopia del documento di identità e del codice fiscale dell'istante;
7. Codice IBAN (Sono esclusi i libretti postati aperti per l'accredito della pensione d'invalidità):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

L'istante dichiara altresì, di essere stato informato ai sensi della legge 675/1996 e successive modifiche e/o integrazioni, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente ai fini per i quali la presente dichiarazione è resa. Pertanto, consapevole delle responsabilità penali, amministrative e civili derivanti da dichiarazioni false ed incomplete e/o dalla presentazione di documentazione falsa, sottoscrive la presente.

Firma: _____

N.B. Non saranno prese in considerazione le Istanze prive anche di uno solo dei documenti richiesti o trasmesse oltre il termine di seguito indicato.
 La richiesta completa della documentazione prescritta deve essere consegnata al protocollo generale dell'Ente o trasmessa a mezzo PEC, all'indirizzo protocollo@pec.comune.arzano.na.it entro e non oltre il 31/12/2023.