

**L.R. 328/2000 - DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 31**

**AREA OMOGENEA DISTRETTUALE N 1**

*(Comuni di : Acquadolci, Caronia, Frazzanò, Militello Rosmarino, Sant'Agata di Militello, San Fratello)*

**COMUNE CAPOFILEA SANT'AGATA DI MLLO**

**PIANO DI ZONA 2019/2020 - AZIONE 6**

**OGGETTO:** ISTANZA PER CONTRIBUTO SPESE VIAGGIO PER RAGGIUNGERE CENTRI DI CURA E/O RIABILITAZIONE.

**AI SIGNOR SINDACO**

**DEL COMUNE DI**

**SOGGETTO RICHIEDENTE**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_,

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

In qualità di:\*

- beneficiario interessato  
 familiare delegato  
 rappresentante legale (specificare il titolo) \_\_\_\_\_

\*barrare la casella di interesse

**CHIEDE**

PER: Se stesso

o (da compilare solo in caso di delegato /tutore/procuratore)

*per Soggetto beneficiario*

Sig.ra/signor \_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

di essere residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**di usufruire di un contributo quale rimborso spese per il raggiungimento di centri di cura o riabilitazione, a tal fine allega alla presente i seguenti documenti:**

- Certificazione medica attestante la sussistenza di patologie di cui all'art. 3, comma 3 della L.104/92;
- Attestazione rilasciata dal centro di riabilitazione o di cura con indicazione delle frequenze giornaliere;
- Prescrizione del programma di attività riabilitativa/terapia del medico specialista dell'ASP;
- Fotocopia del libretto di circolazione del veicolo utilizzato per il trasporto, intestato al soggetto interessato o al familiare o al tutore richiedente;
- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Fotocopia del documento di identità e della tessera sanitaria in corso di validità del soggetto interessato o del familiare o tutore richiedente;
- Certificazione attestante che il Centro di riabilitazione o di cura non provvede al servizio di trasporto con mezzi propri.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Indicare luogo e data

IL/LA RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ autorizza l'utilizzo dei dati dichiarati per l'istruttoria dell'istanza formulata e per le finalità connesse alle procedure di cui al l'avviso pubblico emanato dal Distretto Socio Sanitario D31, ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Indicare luogo e data

IL/LA RICHIEDENTE