RICHIESTA CONTRIBUTO TRASPORTO SOCIALE DISABILI

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nella qualità di (**indicare rapporto di parentela col disabile**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# CHIEDE

A nome di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ l’erogazione del contributo per il trasporto sociale disabili, di cui all’avviso pubblicato dal Comune di San Marcellino in data 15/11/2022.

Si allega:

**Verbale di riconoscimento dell’invalidità civile o atto equipollente; Certificato di cui alla legge n. 104/92;**

**Copia ISEE in corso di validità;**

**Dichiarazione del Centro di Riabilitazione con l’indicazione del piano terapeutico, durata, frequenza, luoghi ed orari della terapia;**

**Dichiarazione del Centro di Riabilitazione che il servizio trasporto è esclusivamente a carico dell’utente e che lo stesso centro non percepisce alcun corrispettivo per il trasporto;**

**Fotocopia del documento di riconoscimento e della tessera sanitaria in corso di validità e, della persona beneficiaria del contributo e di chi sottoscrive l'istanza.**

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 in caso di dichiarazioni mendaci o produzioni di atti e/documenti falsi .

Data Firma del richiedente