



COMUNE DI TRABIA

PROVINCIA DI PALERMO

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Tel. 0918124764 - Fax 0918147541
Sito internet: www.comuneditrabia.gov.it
E.mail: sociale@comunetrabia.gov.it
Pec : servizisociali@pec.comunetrabia.gov.it

AVVISO

SI COMUNICA ALLA CITTADINANZA CHE ENTRO IL 29 DICEMBRE 2020 ,
SI POSSONO PRESENTARE ISTANZE PER IL SERVIZIO RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO PER IL
TRASPORTO CON MEZZO PROPRIO PRESSO LE SCUOLE D'OBBLIGO E I CENTRI
RIABILITATIVI, PER I SOGGETTI DIVERSAMENTE ABILI PER L'ANNO 2021 .

ALL'ISTANZA DEVONO ESSERE ALLEGATI :

- FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITA' E CODICE FISCALE DEL RICHIEDENTE;
- FOTOCOPIA DEL VERBALE DI RICONOSCIMENTO AI SENSI DELLA LEGGE 104/92 ;
- PER I MINORI CERTIFICATO MEDICO RILASCIATO DALLA NEUROPSICHIATRIA
INFANTILE DELL'ASP (DISTRETTO TERMINI IMERESE) ATTESTANTE LA NECESSITA'
DI TRASPORTO;
- COPIA CODICE IBAN

PER ULTERIORI INFORMAZIONI GLI INTERESSATI POSSONO
CONTATTARE L'UFFICIO SEGRETARIATO SOCIALE AL N. 0918124764.

IL PRESENTE AVVISO E LO SCHEMA DELL'ISTANZA, SONO
SCARICABILE ANCHE DAL SITO INTERNET: www.comunetrabia.gov.it.

L'ISTANZA, COMPLETA IN OGNI SUA PARTE, VA PRESENTATA PRESSO
L'UFFICIO PROTOCOLLO DEL COMUNE OPPURE INVIATA VIA EMAIL AL
SEGUENTE INDIRIZZO: protocollo@comunetrabia.gov.it.

TRABIA, 02/12/2020



IL SINDACO
(~~R. LEONARDO ORFOLANO~~)

Al Sig. SINDACO
del COMUNE DI TRABIA

OGGETTO: Richiesta rimborso spese viaggi per trasporto soggetti diversamente abili presso i centri di Riabilitazione e per le scuole. Anno 2021

Il sottoscritt _____
nat_ a _____ il _____ e residente a _____
in Via _____ n° _____, tel. _____
nella qualità di _____ del soggetto diversamente abile _____
nat _____ a _____ il _____,

CHIEDE

Il rimborso spese dei viaggi che effettuerà nell'anno 2021 per accompagnare il soggetto diversamente abile presso

- il Centro di Riabilitazione _____ di _____;
- la scuola _____ di _____.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, che la famiglia anagrafica convivente in atto è così composta:

N.	COGNOME E NOME	NASCITA		Rapporto di parentela
		LUOGO	DATA	
1				Dich.
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Allega alla presente i seguenti documenti:

- Fotocopia del verbale di riconoscimento ai sensi della L. 104/92 di portatore di handicap;
- Per i minori certificato medico rilasciato dalla neuropsichiatria Infantile dell'Asp (distretto Termini Imerese) attestante la necessità di trasporto;
- Fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale.

TRABIA, li _____

IL/LA DICHIARANTE

- La dichiarazione deve essere resa dinanzi ad un pubblico ufficiale incaricato. Nel caso la stessa non venga resa con le suddette modalità dovrà essere allegata copia di idoneo documento di identità (artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000).
- Le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e leggi speciali in materia (art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000).

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del D.LGS.196/2003

I dati verranno trattati obbligatoriamente dal Comune di Trabia per i fini istituzionali di erogazione del contributo mediante catalogazione e conservazione cartacea ed elettronica dei dati. Il titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Trabia.
