

Allegato – Mod. di domanda di accesso

da consegnare all'Ufficio Protocollo del Comune di Canosa di Puglia

Spett. le Ufficio Politiche Sociali
Comune di Canosa di Puglia

**DOMANDA DI ACCESSO AI CONTRIBUTI ECONOMICI FINALIZZATI AL
TRASPORTO DEI DISABILI DA E PER I CENTRI DI RIABILITAZIONE**

Il sottoscritto,

QUADRO A - DATI ANAGRAFICI DEL DICHIARANTE

(cognome) _____ (nome) _____
nat_ a _____ Prov. _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____
Tel. _____
Cod . Fiscale | _____

- per sé stesso
oppure in qualità di
 genitore;
 tutore;
 amministratore di sostegno,
 curatore,

ovvero parente entro il terzo grado della persona sotto indicata, per la quale è richiesto l'intervento, avendo preso visione e accettato in tutte le sue parti, senza riserva alcuna, il Disciplinare regolante l'intervento, come approvato dalla Giunta Comunale con Deliberazione n. ____ del __/__/2019 e l'Avviso Pubblico approvato con determinazione dirigenziale n. ____ del __/__/2019 e, consapevole delle responsabilità penali che si assume in caso di dichiarazioni false e/o mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

CHIEDE

per il corrente anno _____ di poter accedere all'intervento in oggetto, per poter frequentare il seguente centro di riabilitazione:

_____ sito a _____
_____ in _____
via _____ n. _____,

giusta documentazione attestante il bisogno di percorso riabilitativo con l'indicazione di massima del calendario degli interventi.

A tal fine, informato sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché sulle conseguenze previste dall'art.75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza da benefici eventualmente,conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

DICHIARA, AI SENSI DEGLI ARTT. 4, 5, 46, 47 DEL DPR 445/2000 e s.m.i.:

**QUADRO A - DATI ANAGRAFICI RELATIVI ALLA PERSONA PER CUI E' RICHiesto L'INTERVENTO
(da compilare solo nel caso in cui dichiarante e la persona per cui è richiesto l'intervento non coincidano)**

(cognome) _____ (nome) _____
nat_ a _____ Prov. _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____
Tel. _____
Cod. Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

QUADRO B - CONDIZIONE DI DISABILITA' E/O NON AUTOSUFFICIENZA DELLA PERSONA PER CUI E' RICHIESTO L'INTERVENTO

Soggetto in condizione di handicap riconosciuto invalido ai sensi dell'art. 3 c. 3 della L. 104/92 dalla Competente Commissione Sanitaria come da certificazione attestante e che viene **allegata** alla presente istanza.

QUADRO C - CONDIZIONI ECONOMICHE DELLA PERSONA PER CUI E' RICHIESTO L'ACCESSO ALL'INTERVENTO

Valore ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente), in corso di validità per l'anno di presentazione della domanda pari a € _____

A tal fine comunica di voler utilizzare:

- trasporto con mezzo proprio;
 trasporto per mezzo di soggetti terzi.

Allega copia del documento di identità del dichiarante e del beneficiario (se diverso).

Lì, _____

Firma _____

N.B. la presente è da consegnare all'Ufficio Protocollo