***All. b)***

*Al* **Dirigente**

*della Struttura Extradipartimentale*

*Ufficio di Piano - Ambito N30*

**per il tramite del Comune di**

**TORRE ANNUNZIATA (NA)**

**Oggetto**: Richiesta di contributo finalizzato a sostenere azioni di accompagnamento dei cittadini diversamente abili residenti nel Comune di Torre Annunziata presso strutture socio-sanitarie, riabilitative e/o scolastiche per l’anno 2018

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a Torre Annunziata in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di persona:

* interessata;
* esercente la potestà genitoriale;
* rappresentante legale

(barrare la voce che interessa)

di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, provincia di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a Torre Annunziata in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

* di usufruire
* che il suddetto usufruisca

(barrare la voce che interessa)

del contributo finalizzato all’accompagnamento dei cittadini diversamente abili residenti nel Comune di Torre Annunziata presso strutture socio-sanitarie, riabilitative e scolastiche.

A tal fine, consapevole, ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 del DPR 445/2000 delle responsabilità penali che si assume per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare le informazioni fornite e che la non veridicità delle dichiarazioni rese comporta la decadenza del beneficio,

**D I C H I A R A**

*(Art. 46 e 47 - D.P.R. 28.12.2000, n.445)*

1. che il destinatario del servizio ha frequentato/frequenta: (barrare la voce che interessa)

* scuola, pubblica o paritaria, di grado inferiore di istruzione (materna, elementare e media);
* centro di riabilitazione;
* struttura semiresidenziale a carattere socio-sanitario

secondo le seguenti modalità: *(indicare il periodo, i giorni della settimana, le ore della prestazione e la/le destinazione)*

**Denominazione e indirizzo struttura/e**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Giorno** | **Programma terapeutico** | |
| ***Dalle ore*** | ***Alle ore*** |
| *Lunedì* |  |  |
|  |  |
| *Martedì* |  |  |
|  |  |
| *Mercoledì* |  |  |
|  |  |
| *Giovedì* |  |  |
|  |  |
| *Venerdì* |  |  |
|  |  |
| *Sabato* |  |  |
|  |  |

*Ulteriori annotazioni o precisazioni:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di allegare la seguente documentazione:

* copia del certificato attestante una invalidità pari o superiore al 75%
* attestato di frequenza rilasciato dal Centro per il programma terapeutico riabilitativo con l’indicazione della durata del trattamento e della frequenza mensile;
* fotocopia di un documento di identità in corso di validità e del Codice Fiscale del firmatario dell’istanza;
* dichiarazione Unica Sostitutiva ISEE relativa all’anno 2017;
* indicazione del codice IBAN da utilizzare per l’accredito del contributo;
* altra documentazione probatoria comprovante quanto dichiarato nella presente domanda *(indicare quale)*
  + 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
    2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
    3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

*data,* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a **autorizza** gli Enti in indirizzo al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l’espletamento della procedura di richiesta del servizio trasporto, ai sensi del D. Lgs.196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e successive integrazioni.

*data,* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_