

SETTORE SERVIZI ALLA FAMIGLIA
AREA SERVIZI SOCIALI

Spazio
riservato



Città di Marsala

Medaglia d'oro al Valore Civile

ESENTE DA BOLLO

Prot. _____ del _____

COMUNE DI MARSALA
AL DIRIGENTE
SETTORE SERVIZI ALLA FAMIGLIA
VIA FALCONE,5
MARSALA

Oggetto: OGGETTO: RICHIESTA DI CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ACCOMPAGNAMENTO DI SOGGETTI DIVERSAMENTE ABILI AI CENTRI DI RIABILITAZIONE (Art 17- REGOLAMENTO COMUNALE "INTERVENTI ECONOMICI E DI SOLIDARIETA' SOCIALE" APPROVATO DAL CONSIGLIO COMUNALE CON DELIBERA N° 106 DEL 15/04/2015)

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il/...../..... Codice Fiscale
e residente in (Provincia) C.A.P.
Via n.
Telefono/..... Fax/.....
e-mail.....

Eventuale altro domicilio (se diverso dalla residenza)

Comune (Provincia) C.A.P.
Via n. Telefono/.....

.....

(n.b. i moduli dovranno essere sottoscritti in ogni pagina)

(Da compilare a cura del presentatore solo se diverso dal beneficiario)

Presentata da

.....

Per.....(indicare il beneficiario)

(Cognome e Nome)

nella qualità di(grado di parentela con il beneficiario)

Nome Cognome nato/a a il/...../..... Codice Fiscale

.....

e residente in (Provincia) C.A.P.

.....

Via n.

.....

Telefono/..... Fax

...../.....

e-mail.....

A TALE SCOPO DICHIARA

AI SENSI DEGLI ARTT. 46/ 47/76 D.P.R. 28/12/2000, N. 445, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ PENALI CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI

CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE SI COMPONE COME APPRESSO:

Dichiarante	Nome e Cognome	Luogo e Data di nascita	Stato civile

DICHIARA ALTRESI'

di essere a conoscenza- dei requisiti di ammissione e di esclusione previsti dall'art.17 del Regolamento Comunale sopra menzionato.

- o di essere cittadino italiano e di essere residente nel Comune di Marsala dal _____;

- di essere in possesso del permesso di soggiorno (se trattasi di soggetto immigrato)
- **CHE** l'ufficio amministrativo, in caso di esito negativo dell'istruttoria, comunicherà al sottoscritto:
 - la motivazione;
 - il nominativo del responsabile del procedimento amministrativo
 - il termine entro cui presentare eventuale richiesta di riesame dell'istanza

CHIEDE

- **nella qualità di**(*grado di parentela con il soggetto diversamente abile*)
 - Per il proprio congiunto (nome e cognome del soggetto diversamente abile) _____ nato in _____ il _____ contributo economico onnicomprensivo di €6,00 (andata e ritorno) per accompagnare con il proprio mezzo di trasporto il familiare al Centro di riabilitazione, sito a Marsala in Via..... per effettuare dal.....al.....n._____ sedute settimanali come attestato dall'ASP del Distretto Sanitario di Marsala.
 - Per il proprio congiunto (nome e cognome del soggetto diversamente abile) _____ nato in _____ il _____ contributo economico onnicomprensivo di €12,00(andata e ritorno) per accompagnare con il proprio mezzo di trasporto il familiare al Centro di riabilitazione, ubicato fuori dal Comune di Marsala e precisamente in Via.....(provincia di Trapani) per effettuare dal.....al.....n._____ sedute settimanali come attestato dall'ASP del Distretto Sanitario di Marsala.

CHIEDE

- **nella qualità di soggetto diversamente abile**

- il contributo economico onnicomprensivo di €6,00(andata e ritorno) per raggiungere con il mezzo proprio il Centro di riabilitazione, sito a Marsala in Via.....per effettuare dal.....al.....n.....sedute settimanali, come attestato dall'ASP del Distretto Sanitario di Marsala.
- il contributo economico onnicomprensivo di €12,00 (andata e ritorno) per raggiungere con il mezzo proprio il Centro di riabilitazione, ubicato fuori dal Comune di Marsala e precisamente a in Via.....(provincia di Trapani) per effettuare dal.....al.....n.....sedute settimanali come attestato dall'ASP del Distretto Sanitario di Marsala.

ALLEGA

- 1) Copia del Verbale di riconoscimento dello stato di handicap ai sensi della Legge n.104/1992 in corso di validità;
- 2) Certificazione rilasciata dall'ASP del Distretto Sanitario di Marsala attestante la necessità della terapia riabilitativa, la struttura riabilitativa e il periodo del trattamento;
- 3) Fotocopia del Codice Fiscale del firmatario dell'istanza;
- 4) Fotocopia del documento di riconoscimento del firmatario dell'istanza;
- 5) Fotocopia del documento di riconoscimento del soggetto diversamente abile(se diverso dal richiedente)
- 6) **Modello ISEE del beneficiario in corso di validità ai sensi della normativa vigente.**

Data _____

FIRMA

Tutela delle persone e di altri soggetti al trattamento dei dati personali.

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n° 196 del 30 giugno 2003 si informa che i dati personali forniti a questo Ente Comunale nell'ambito del procedimento cui è inserita la presente istanza, saranno oggetto di trattamento, svolto con o senza l'ausilio di sistemi informatici, nel pieno rispetto della normativa istitutiva dal Comune di Marsala. Di tale trattamento è titolare il Comune di Marsala.

I dati saranno resi disponibili a terzi, nei limiti e nelle modalità previsti dalla normativa vigente.

Marsala _____

FIRMA _____

Eventuali informazioni potranno essere acquisite presso:

- Ufficio Segretariato Sociale , sito in Marsala, nella via G. Falcone n.5, nei giorni di:
 - Lunedì, Mercoledì e Venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00
 - Martedì e Giovedì dalle ore 15.30 alle ore 17.00.

Tel.0923/993111

Il modulo di domanda potrà essere scaricato dal seguente sito internet: www.comune.marsala.tp.it