



Spett. le COMUNE DI PARTINICO

- _____;
- i Km complessivi del tragitto dal proprio domicilio al Centro di riabilitazione (A/R) sono _____ come determinate dalle tabelle ACI;
 - Il Centro di cui sopra è stato frequentato **nell'anno 2026** nel periodo dal _____ al _____
 - che il Sig./Sig.ra _____ (Nome e Cognome della persona con disabilità) è in possesso di (barrare una delle due opzioni):
 - ☐ certificazione attestante la sussistenza dell'handicap grave ai sensi dell'art. 3 – comma 3 legge 104/92;
 - ☐ certificazione attestante la condizione di disabilità transitoria e non certificata ai sensi della legge 104/92 art. 3 – comma 3, ma che necessita di terapie specifiche;
 - il centro di riabilitazione in questione è convenzionato con il SSN e non provvede al servizio di trasporto con mezzi propri;
 - di essere impossibilitato ad utilizzare un mezzo pubblico di trasporto per il raggiungimento del centro di riabilitazione in questione;
 - che quanto autocertificato nella presente istanza è vero e documentabile su richiesta delle Amministrazioni competenti;
 - **di essere informato che saranno eseguiti controlli** per accertare la veridicità di quanto dichiarato nel presente Avviso e di essere consapevole delle responsabilità penali conseguenti alla resa di dichiarazioni mendaci;
 - **di essere a conoscenza** che la presentazione della domanda comporta l'accettazione di tutte le disposizioni contenute nell'avviso in questione;
 - **di essere a conoscenza e di accettare** che il rimborso potrà essere effettuato nei limiti delle risorse disponibili, senza nulla a pretendere in caso di indisponibilità finanziaria.

L'accredito del suddetto rimborso dovrà avvenire sul conto corrente intestato a _____ (soggetto che segue programma di riabilitazione),
avente le seguenti coordinate bancarie:

CODICE IBAN (codice composto da 27 caratteri alfanumerici):

Paese		Check		CIN	ABI				CAB				NUMERO CONTO													

Si allegano:

- copia documento d'identità in corso di validità del richiedente;
- copia documento d'identità in corso di validità della persona con disabilità;
- certificazione attestante la sussistenza dell'handicap grave ai sensi dell'art. 3 – comma 3 legge 104/92¹, oppure
- certificazione attestante la condizione di disabilità transitoria e non certificata ai sensi della legge 104/92 art. 3 – comma 3, ma che necessita di terapie specifiche;

¹ Le attestazioni medico legali per l'accesso al servizio di cui sopra possono essere sostituite dal verbale della Commissione integrata. Il verbale deve essere presentato in copia con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sulla conformità all'originale, resa dall'istante ai sensi dell'articolo 19 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, che dovrà altresì dichiarare che quanto ivi attestato non è stato revocato, sospeso o modificato (legge 4 aprile 2012 n. 35).

- prescrizione del programma di attività riabilitativa o di cura effettuata da medici specialistici dell'ASP di competenza (sono escluse le prescrizioni del medico di base o privato);
- Attestazione di frequenza rilasciata dal Centro di Riabilitazione, con indicazione del nome e cognome dell'utente, attestante lo svolgimento e il numero delle terapie effettuate nel periodo sopra specificato ricadente nell'annualità 2026;
- fotocopia del libretto di circolazione del veicolo utilizzato generalmente per il trasporto intestato al portatore di handicap o al tutore, amministratore di sostegno o ad un familiare;
- Attestazione ISEE completa di DSU in corso di validità.

Nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali e del principio della minimizzazione dei dati, ogni istanza sarà identificabile dal numero di protocollo del Comune di Partinico.

Sarà cura del richiedente prestare la massima attenzione ad acquisire e conservare accuratamente il numero di protocollo di presentazione dell'istanza al fine di poter verificare l'ammissibilità al beneficio.

Luogo, data _____

Firma del portatore di handicap/genitore/familiare/tutore esercente responsabilità genitoriale.

Il Dichiarante

CONSENSO GENERALE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Il/La sottoscritto/a _____ autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui all'artt. 13 e 14, del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, per i fini legati all'istruttoria e alla relativa liquidazione, qualora risultasse beneficiario/a, del contributo economico *una tantum* a copertura di parte delle spese di carburante sostenute per l'uso dell'auto privata per il *raggiungimento di centri riabilitativi - Azione 6 "Traspor - Ti Amo" - Piano di Zona 2019/2020 - I e II annualità*

Luogo, data _____

Firma del portatore di handicap/genitore/familiare/tutore esercente responsabilità genitoriale.

Il Dichiarante
