# Al Signor Sindaco del Comune di Gangi

# Ufficio Servizi Sociali

Oggetto: Richiesta contributo per rimborso spese di trasporto con mezzo proprio, per recarsi presso strutture specialistiche di cura e terapia riabilitativa, per i soggetti portatori di handicap con disabilita grave ai sensi della legge 104/92 per il periodo dal 01/07/2024 al 30/06/2025

# Il/la sottoscritto/a

nato/a il residente nel Comune di Gangi in via tel C.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Chiede il rimborso delle spese di cui all’oggetto per se stesso o per il proprio familiare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare la relazione di parentela)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*C.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e comunica che il contributo venga accreditato sul cc intrattenuto presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IBAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed allega alla presente:

## - copia verbale della Commissione attestante la sussistenza di handicap grave ai sensi de1l’art. 3 comma 3) della legge 104/92;

## -verbale della Commissione integrata, attestante la patologia transitoria rilasciata dal1’Asp di competenza o copia del verbale della Commissione integrata;

## -prescrizione, effettuata dai medici specialisti dell’ASP, del programma di attività riabilitativa o di cura (non sono tenuti in considerazioni le prescrizioni del medico di base o privato);

- certificazione rilasciata da1 centro/struttura pubblica o convenzionata di cura e/o riabilitazione attestante il numero di sedute effettuate dal 01/07/2024 al 30/06/2025;

- certificazione ISEE in corso di validità;

- fotocopia documento di riconoscimento.

Gangi li

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara di prendere visione dell’informativa ex art. 13 GDPA 2016/679 sul sito istituzionale dell’Ente nella sezione Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – dati ulteriori.

Firma