



Comune capofila Partinico

Spett. le **COMUNE DI** _____

Oggetto: RIMBORSO DELLE SPESE DI VIAGGIO PER IL RAGGIUNGIMENTO DEI CENTRI RIABILITATIVI FUORI DAL TERRITORIO COMUNALE (ANNO 2024) AZIONE 6 "TRASPOR - TI AMO" – PIANO DI ZONA 2019/2020 I E II ANNUALITA'

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

(prov. _____) e residente nel Comune di _____

in via _____ n. _____ CAP _____

codice fiscale _____

Tel. _____ indirizzo mail _____

nella qualità di _____ (genitore/familiare/esercente responsabilità genitoriale, amministratore di sostegno – *da compilare solo in caso in cui il richiedente sia diverso dalla persona con disabilità*)

CHIEDE

Il rimborso delle spese di carburante per l'uso dell'auto privata pari a 1/5 del costo del carburante per ogni kilometro effettuato per il trasporto di _____ (Nome e Cognome della persona con disabilità), CF _____, presso il centro di riabilitazione _____, avente sede in _____, Prov _____ Via _____, n. _____ per il periodo compreso tra il 01/01/2024 e il 31/12/2024.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite dal Codice Penale e da Leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Che l'auto privata utilizzata abitualmente (sotto la propria responsabilità) per il raggiungimento del centro di riabilitazione è intestata al Sig./Sig.ra _____;
- i Km complessivi del tragitto dal proprio domicilio al Centro di riabilitazione (A/R) sono: _____ determinate dalle tabelle ACI;
- Il Centro di cui sopra è stato frequentato nell'anno 2024 nel periodo dal 01/01/2024 al _____ per un totale di n. _____ sedute (tragitti di A/R);
- 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 _____, 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
 - o 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;
- 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 delle terapie previste, il numero di sedute svolte nel periodo dall' 01/01/2024 e fino al 31/12/2024;
- 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 presso cui è stata presentata l'istanza.

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 _____ genitore/familiare/esercente _____ responsabilità _____ genitoriale
Dichiarante _____

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).

**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 per il proprio familiare*

Luogo, data _____

Firma del genitore/familiare/esercente responsabilità genitoriale
Dichiarante _____