L.R. 328/2000 - DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 31
AREA OMOGENEA DISTRETTUALE N 1
(Comuni di : Acquedolci, Caronia, Frazzanò, Militello Rosmarino, Sant'Agata di Militello, San Fratello)

COMUNE CAPOFILA SANT'AGATA DI M.LLO

PIANO DI ZONA 2018/2019 AZIONE 2

PIANO DI ZONA 2019/2020 AZIONE 6

OGGETTO: ISTANZA PER CONTRIBUTO SPESE VIAGGIO PER RAGGIUNGERE CENTRI DI CURA E/O RIABILITAZIONE.

Al SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI
_____

SOGGETTO RICHIEDENTE

Il/La sottoscritt _____,

nat__ a _____ il _____

residente a _____ in via _____

n._____ codice fiscale _____ tel. _____

cell._____ e-mail _____

In qualità di:*

- ☐ beneficiario interessato
- ☐ familiare delegato
- ☐ rappresentante legale (specificare il titolo) _____

*barrare la casella di interesse

CHIEDE

PER: Se stesso

o (da compilare solo in caso di delegato /tutore/procuratore)

per Soggetto beneficiario

Sig.ra/signor _____

nat___ a _____ il _____

di essere residente a _____ in via

_____ n. ___ codice fiscale _____

tel. _____cell. _____ e-mail _____

di usufruire di un contributo quale rimborso spese per il raggiungimento di centri di cura o riabilitazione, a tal fine allega alla presente i seguenti documenti:

- Certificazione medica attestante la sussistenza di patologie di cui all'art. 3, comma 3 della L.104/92;
- Attestazione rilasciata dal centro di riabilitazione o di cura con indicazione delle frequenze giornaliere;
- Prescrizione del programma di attività riabilitativa/terapia del medico specialista dell'ASP;
- Fotocopia del libretto di circolazione del veicolo utilizzato per il trasporto, intestato al soggetto interessato o al familiare o al tutore richiedente;
- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Fotocopia del documento di identità e della tessera sanitaria in corso di validità del soggetto interessato o del familiare o tutore richiedente;
- Certificazione attestante che il Centro di riabilitazione o di cura non provvede al servizio di trasporto con mezzi propri;

_____, _____
Indicare luogo e data

IL/LA RICHIEDENTE

_____

Il/La sottoscritto/a _____ autorizza l'utilizzo dei dati dichiarati per l'istruttoria dell'istanza formulata e per le finalità connesse alle procedure di cui al l'avviso pubblico emanato dal Distretto Socio Sanitario D31, ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).

_____, _____
Indicare luogo e data

IL/LA RICHIEDENTE

_____