|  |  |
| --- | --- |
|  | **COMUNE DI MAZZARRONE**  CITTÀ METROPOLITANA DI CATANIA |

**Al Sindaco**

**del Comune di Mazzarrone**

**RICHIESTA CONTRIBUTO PER SPESE DI TRASPORTO SOSTENUTE PER RAGGIUNGERE CENTRI DI RIABILITAZIONE SPECIALIZZATI. ANNO 2024**

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ residente a Mazzarrone in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono/ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In qualità di: genitore/tutore del minore disabili/ o dello stesso ai sensi dell’art.3 comma 3, della L.104/92 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

la concessione di un contributo per le spese di trasporto sostenute per raggiungere centri di riabilitazione specializzati e

**ALLEGA** alla presente domanda:

a. Certificazione attestante la sussistenza dell’handicap ai sensi dell’art. 3 comma 3, della L. 104/1992;

**b.** Certificazione dell’A.S.P. attestante la terapia riabilitativa da effettuare nell’anno 2024;

**c.** Certificazione rilasciata dal Centro Riabilitativo attestante i giorni di effettiva presenza;

**d.** Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà attestante: di non aver usufruito a titolo gratuito del servizio di trasporto da parte del Centro riabilitativo o da parte di altri Enti Pubblici o Privati per l’anno 2024 e di non aver presentato analoga richiesta o ricevuto alcun contributo allo stesso titolo da parte di Enti Pubblici o Privati per l’anno 2024;

**e**. Attestazione ISEE in corso di validità;

**f.** Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità (Richiedente e minore);

**g.** Copia IBAN .

lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ F I R M A