



# COMUNE DI MONREALE

*Città metropolitana di Palermo*

**Area 3 Promozione Sociale, Culturale e Territoriale**  
Servizi ed Attività Socio Assistenziali

**AI SINDACO  
DEL COMUNE DI MONREALE**

**OGGETTO:** Richiesta concessione del contributo sostitutivo del servizio di trasporto di utenti disabili verso centri di riabilitazione. ANNO 2024

\_ l\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Codice IBAN Bancario o Postale \_\_\_\_\_

Questa sezione deve essere compilata con i dati dell'interessato/a solo se il firmatario della domanda è persona che agisce in nome e per conto del soggetto autorizzato alle cure riabilitative

IN NOME E PER CONTO DI \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a Monreale in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_

Avvalendomi delle disposizioni di cui agli art. 46 e 47 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa di cui al DPR 445/2000 consapevole delle sanzioni previste dall'art 76 e della decadenza dei benefici previsti dall'art.75 in caso di dichiarazioni false o mendaci, e sotto la propria personale responsabilità dichiaro di agire in qualità (segnare con una X la voce che interessa tra le varie causali:

TUTORE O CURATORE (allegare l'atto di nomina)

ESERCENTE POTESTA' GENITORIALE (in caso di minori)

FAMILIARE CONVIVENTE (allegare il documento d'identità in corso di validità del beneficiario)

**CHIEDE**

la concessione di contributo sostitutivo per il:

**SERVIZIO DI TRASPORTO DI UTENTI DISABILI VERSO CENTRI DI RIABILITAZIONE.  
ANNO 2024**

Per cui, ai sensi e per gli effetti della normativa sopra richiamata in materia di autocertificazione

## DICHIARA

// Che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio è un soggetto in condizione di disabilità (legge 104/92 art. 3 comma 3)

// Che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio è stato ammesso dall'ASP all'assistenza sanitaria riabilitativa presso il seguente Centro Convenzionato:

---

Allega alla presente istanza:

- Certificazione L. 104/92 art. 3 comma 3 o certificato di invalidità rilasciato dalla Commissione Medica per l'accertamento dell'invalidità
- Impegnativa rilasciata dall'ASP di prescrizione di cure riabilitative presso Centri di riabilitazione;
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario;
- fotocopia codice IBAN

FIRMA

---

### **Informativa ex art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679**

Gentile Utente,

Le comunichiamo che i suoi dati saranno trattati dal Comune di Monreale in qualità di Titolare del Trattamento dati ai sensi del Reg. EU 679/2016 (GDPR).

Per maggiori dettagli, consultare l'informativa allegata.

Data

Firma leggibile

---

---