



**COMUNE DI
SAN SALVATORE DI FITALIA - Prov. MESSINA
UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

Via Col. Musarra
98070 S.SALVATORE DI FITALIA - PROV. (ME)
C.F.84004140830 - P.I. 00527130835

Telefono 0941 - 486027/486452 Fax 0941 - 486594

e-mail: comunedisansalvatore@virgilio.it

ALL.1

B A N D O

Per rimborso spese di trasporto – frequenza centri riabilitativi anno 2021. Soggetti portatori di handicap grave – Legge 104/92 – Progetto approvato con delibera di G.C. n. 167 del 24.12.2021.

Fonti normative

Legge 104/1992;
L.r. n.68/81;
L.r. n.22/86;
Legge 328/2000;

Modalità di accesso

Per ottenere il rimborso parziale/totale delle spese di viaggio sostenute per trattamenti riabilitativi presso centri di riabilitazione aventi sede fuori dal territorio comunale e comunque entro il territorio provinciale, i disabili residenti nel Comune di San Salvatore di Fitalia, in possesso dei requisiti sotto indicati, possono presentare istanza al Comune di San Salvatore di Fitalia.

Le istanze vanno presentate entro il 13 Maggio 2022

Requisiti richiesti

- Residenza nel Comune del disabile;
- Disabilità grave, ai sensi dell'art.3, comma 3, della Legge 104/92 debitamente certificata.

Documenti da presentare

1 ISTANZA* con allegata la seguente documentazione:

- a. Certificazione attestante la disabilità grave, ai sensi dell'art.3, comma 3, della L.104/92.
- b. Programma di ciclo riabilitativo redatto dall'ASP per l'anno di riferimento.
- c. Certificazione rilasciata dal centro di cura e/o riabilitazione attestante il numero di sedute effettuate nell'anno.
- d. Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.

Per informazioni e ritiro modulistica rivolgersi all'Ufficio Servizi Sociali-1° Settore, nelle ore di apertura al pubblico. Responsabile del procedimento Antonino Prattella.



IL RESPONSABILE DEL 1°SETTORE
(Rag. Maria Alfonsa Franchina)

AL COMUNE DI
UFFICIO SERVIZI SOCIALI
SAN SALVATORE DI FITALIA

Oggetto: Richiesta rimborso spese di trasporto per frequenza centri riabilitativi anno 2021. Soggetti portatori di handicap grave – Legge 104/92, art.3 comma 3.

l sottoscritt _____ nat a _____

Il _____ residente a _____ Via _____

n. _____, codice fiscale _____ telefono _____

nella qualità di _____ del disabile _____

nat a _____ il _____.

D I C H I A R A

- Che il familiare/o il sottoscritto sopra generalizzato è disabile ai sensi della L.104/92, art.3, comma 3, sottoposto a trattamenti riabilitativi, secondo il programma redatto dall'ASP;
- Che tale soggetto è residente nel Comune di San Salvatore di Fitalia e convive con l' scrivente;

C H I E D E

Di essere ammesso all'intervento assistenziale di cui all'oggetto.

A L L E G A

- a. Certificazione attestante la disabilità grave, ai sensi dell'art.3, comma 3, della L.104/92.
- b. Programma di ciclo riabilitativo redatto dall'ASP per l'anno di riferimento.
- c. Certificazione rilasciata dal centro di cura e/o riabilitazione attestante il numero di sedute effettuate nell'anno.
- d. Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.

Data _____

IL RICHIEDENTE
